

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1938

THÈSE

N°

299

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Alberto HERNANDEZ

*né le 22 avril 1912
à Bogota (Colombie)*

***LES INTERSEXUALITÉS DE LA
PUBERTÉ MASCULINE ET LEUR
IMPORTANCE DANS LA
PATHOGÉNIE DES TROUBLES
SEXUELS DE L'ADULTE***

Président : M. CLAUDE, Professeur.

PARIS

JACQUES HAUMONT

48, rue Boissonade

002



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Alberto HERNANDEZ

*né le 22 avril 1912
à Bogota (Colombie)*

***LES INTERSEXUALITÉS DE LA
PUBERTÉ MASCULINE ET LEUR
IMPORTANCE DANS LA
PATHOGENIE DES TROUBLES
SEXUELS DE L'ADULTE***

Président : M. CLAUDE, Professeur.

PARIS
JACQUES HAUMONT
48, rue Boissonade

Le Doyen TIFFENEAU

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHOL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTIN.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLEC.
	Marcel LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBÉCOURT.
	H. CLAUDE.
Hygiène et clinique de la première enfance	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	GUILLAIN.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en- céphale	LEMIERRE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	CUNÉO.
Clinique des maladies du système nerveux	GOSSET.
Clinique des maladies infectieuses	GRÉGOIRE.
Clinique chirurgicale	LENORMAND.
	TERRIEN.
Clinique ophtalmologique	MARION.
Clinique urologique	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique d'accouchements	LÉVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
Clinique gynécologique	OMBRÉDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	RATHERY.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Pierre DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale	M. VILLARET.
Clinique propédeutique	BEZANÇON.
Clinique de la Tuberculose	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	LAUBRY.
Clinique cardiologie	CROUZON.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERTE



II.— Agrégés en exercice

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale
 BRIÉTY Pathologie médicale.
 INARD (Henri) Pathologie médicale.
 ERNARD (Etienne). Pathologie médi-
 cale.
 ESANÇON (Justin). Hydrologie.
 OULIN Pathologie médicale.
 ULLIARD Histologie.
 ATHALA Pathologie médicale.
 REVALLIER . . Pathologie médicale.
 OSTE Pathologie médicale.
 OGNON Physique.
 EY Urologie.
 UNCK Pathologie chirurgicale
 ALLIARD Parasitologie.
 ASTINEL Bactériologie.
 E GAUDART D'ALLAINES . . Pathologie
 chirurgicale.
 AYET Physiologie.
 E GENNES . . . Pathologie médicale.
 BROUD Histologie.
 MUENAU Pathologie médicale.
 PHEN Oto-rhino-laryngologie
 ARD Pharmacologie.
 UENIN Anatomie pathologique
 ANNON Hygiène.
 OMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL . . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimen-
 tale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 M^{lle} LÉVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI . Neurologie et Psychiâ-
 trie.
 MÉNÉGAUX . . . Pathologie chirurgicale
 MOLLARET . . . Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS . Pathologie chirur-
 gicale.
 PIÉDELÈVRE . . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉNÈQUE Pathologie chirurgicale
 TROISIÈRE . . . Pathologie expérimen-
 tale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III.— Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

GLAYE Pathologie chirurgicale
 ESQUET Pharmacologie.
 HAILLEY-BERT. Physiologie.
 UÉNIOT Obstétrique.
 EITZ-BOYER . . Pathologie chirurgicale

MM.

LARDENNOIS . . Pathologie chirurgicale
 LE LORIER Obstétrique.
 SCHWARTZ . . . Pathologie chirurgicale
 VAUDESCAL . . . Obstétrique.

IV.—Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..		BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCC	
BRULÉ	} Clinique médicale.	CADENAT	
CHABROL		GATELIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VAL- LERY-RADOT . .			
SÉZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	

V.—Chargés de cours

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

En témoignage de mes plus tendres sentiments et de toute ma gratitude.

A MON PERE

Bien faible preuve de ma profonde affection et de ma grande reconnaissance.

A MES FRERES ET SOEURS

En affectueux hommage.

A LA MEMOIRE DE MON FRERE JORGE

A TOUS LES MIENS

A MES VRAIS AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GREGORIO MARANON

Professeur à l'Université de Madrid
Membre de l'Académie de Médecine Espagnole
Membre de l'Académie Espagnole
Professeur honoris causa de l'Université de Paris

*Que nous remercions de tout cœur de nous
avoir inspiré cette thèse et guidé dans son
élaboration avec une sollicitude et une bien-
veillance incomparables.*

A MON MAÎTRE LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE

Officier de la Légion d'Honneur
Professeur de clinique des maladies mentales

*Avec nos plus vifs remerciements pour
l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la
présidence de cette thèse.*

A MON MAÎTRE LE PROFESSEUR GEORGES GUILLAIN
Professeur de clinique des maladies nerveuses

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX DE PARIS

A MES MAÎTRES
DE L'INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE DE HAMBOURG :

MONSIEUR LE PROFESSEUR MUHLENS
Directeur

MONSIEUR LE PROFESSEUR GIEMSA
Sous-Directeur

CHAPITRE I

L'INTERSEXUALITE ET L'EVOLUTION DE LA SEXUALITE DANS L'ESPECE HUMAINE

Pendant longtemps — pendant presque toute l'histoire de l'humanité — on a cru que ce qui est masculin et ce qui est féminin étaient deux valeurs antagonistes et profondément différenciées.

Un homme et une femme se trouvaient, du fait de leur sexe, séparés l'un de l'autre, autant que par n'importe laquelle des classifications qui divisent en groupes les êtres humains. La notion de l'intégrité du sexe lui-même, se maintenait comme un caractère intangible de la personnalité. Emettre un doute à cet égard était injurieux. L'affirmation sexuelle, au contraire, était un sujet d'orgueil, surtout pour le mâle qui avait décidé, en principe, la supériorité de sa position biologique vis-à-vis de la femme. Et partant de cette croyance, les états de sexualité confuse étaient

considérés comme de monstrueuses anomalies si elles affectaient la morphologie de l'individu : hermaphrodisme — ou comme des aberrations et des péchés graves quand elles se rapportaient à des tendances de l'instinct : homosexualité. Mais à mesure que les études de biologie sexuelle ont progressé, on a vu chaque fois plus clairement que le « mâle type » et la « femme type » sont, d'une façon presque absolue, des entités fantaisistes et qu'en revanche les états d'ambiguïté sexuelle ou états intersexuels, depuis l'hermaphrodisme scandaleux jusqu'à ces formes si atténuées qu'elles se confondent avec la normale elle-même, *sont si nombreux qu'il n'existe guère d'être humain dont le sexe ne soit sujet à caution d'une façon manifeste ou voilée.*

Cette constatation, et les progrès de l'éthique, nous ont aidé à effacer du concept de sexualité confuse le stigmate de monstruosité qu'il comportait auparavant.

Hommes d'aujourd'hui, nous ne saurions plus nous enorgueillir de notre sexe comme d'une perfection.

La complète différenciation sexuelle est encore rare et aura inévitablement comme point de départ une zone préliminaire de *bisexualité*.

On entendra donc par états intersexuels, les cas où coexistent chez un même individu — homme ou femme — des stigmates physiques ou fonctionnels des deux sexes ; tantôt associés en proportions équiva-

lentes ou presque équivalentes, tantôt, ce qui est beaucoup plus fréquent, avec prédominance indiscutable du sexe légitime sur l'intrus. Le fait de la constance de la bisexualité ou intersexualité est universellement admis en biologie ; on discute si l'œuf possède déjà les deux sexualités ou si le soma est indifférencié, asexué, avec apparition postérieure du sexe grâce à l'influence de différents facteurs, parmi lesquels agissent d'une façon prédominante les glandes à sécrétion interne et principalement les gonades.

Il est évident que lors de la formation de l'œuf par l'union des deux cellules primitives, les deux sexes sont déjà imprégnés chez lui dans des proportions variables. Si l'individu doit être normal, il y aura une nette prédominance du sexe principal sur le sexe secondaire. Si, par contre, il ne doit pas l'être, il y aura une équivalence plus ou moins complète des deux sexualités qui donnera comme résultat un futur stade d'intersexualité. Le rôle que jouent dans ce processus les glandes endocrines n'est pas un rôle déterminant, mais protecteur, c'est-à-dire qu'il ne dépend pas d'elles que l'organisme soit mâle ou femelle, mais seulement que l'organisme mâle développe d'une façon idéale sa masculinité, grâce à la protection des hormones testiculaires et que l'organisme femelle développe dans les mêmes circonstances sa féminité grâce au rôle protecteur des hormones ovariennes. Mais pour que cette protection ait lieu dans un sens ou dans un autre, il est nécessaire que la gonade se trouve à son tour dif-

férenciée dans le sens masculin ou dans le sens féminin et il faut alors admettre que cette différenciation est elle aussi initiale, produite au moment de la formation de l'œuf.

Il en résulte que la détermination du sexe n'est pas un phénomène endocrinien, mais chromosomal puisque cette influence chromosomale s'exerce sur la totalité de l'organisme, sur le soma et sur la gonade. Mais pratiquement, le développement du sexe initial dépendra de l'efficienne protectrice de la gonade, c'est-à-dire qu'un organisme masculin développera sa masculinité et étouffera sa féminité si sa gonade est énergiquement masculine ; si elle ne l'est pas, la masculinité initiale s'effacera et il naîtra un état intersexuel, une féminité. Inversement, un organisme féminin mènera à bien le développement de sa féminité tout en étouffant sa masculinité si sa gonade est énergiquement féminine. Si elle ne l'est pas, la féminité initiale périra et nous verrons apparaître un stade intersexuel, une virilité.

Il semble donc que la détermination chromosomale du sexe du soma est une détermination *statique*, qui se fait au moment de la conjugaison, mais qui resterait en puissance si la gonade ne venait pas à agir ; la détermination sexuelle de la gonade est, au contraire, *dynamique*, c'est-à-dire capable d'évoluer comme une énergie vitale et de façonner ou modeler la sexualité passive du soma. La preuve nous en est donnée par le fait de la castration précoce. Si nous

castrons un animal au moment de sa naissance, son soma reste sexuellement indifférencié, mais non pas au point que nous ne puissions pas distinguer si c'est un mâle ou une femelle. Si, dans cet état d'indifférenciation non absolu mais si profond, nous greffons un testicule à une femelle, il se développera chez elle les caractères sexuels du mâle et inversement nous obtiendrons l'apparition des caractères somatiques et psychiques de la femelle chez un mâle sur qui on a greffé un ovaire. Voilà donc la véritable situation de la responsabilité chromosomale et de la responsabilité endocrinienne dans la détermination de la sexualité finale : Responsabilité initiale, potentielle de la part des chromosomes, et responsabilité dynamique de protection de la part des glandes endocrines.

Cette protection endocrine se manifeste parfois d'une façon si énergique qu'elle peut invertir non pas le sexe comme on a l'habitude de le dire, mais la prédominance sexuelle de l'organisme. Il faut bien remarquer que, comme le sexe n'est pas une valeur unique et opposée à l'autre sexe, mais la prédominance de l'un d'eux sur l'autre, nous commettons un abus de langage lorsque nous parlons d'« inversion sexuelle ». L'inversion sexuelle se vérifierait si un organisme mâle se transformait intégralement en organisme femelle ou vice-versa, ce qui est impossible. L'inversion de la prédominance du sexe peut être réalisée spontanément par les influences endocrines, de la même façon qu'elle se réalise expérimentalement ; ainsi, par

exemple, si dans l'ovaire d'un organisme féminin se développent des éléments masculins, il se produira une transformation masculine en apparence, mais si complète que personne ne doutera du sexe masculin de l'individu qui n'aura pas cessé, cependant, d'être féminin. Si nous extirpons maintenant la glande masculinisée, l'organisme reprendra son apparence féminine.

D'autre part, nous savons aujourd'hui qu'autour des deux gonades, d'autres glandes à sécrétion interne ou glandes sexuelles extragonadales participent également à la protection du déterminisme sexuel. Parmi ces glandes, les unes aident le testicule, les autres l'ovaire dans le maintien de l'épanouissement de la masculinité et de la féminité. Le type de glande masculinisante est la cortico-surrénale dont l'hormone exerce une action virilisante nette chez la femme et hyper virilisante chez l'homme.

Le corps thyroïde est le type de glande féminisante. Les phases de l'activité sexuelle de la femme coïncident, en effet, avec des stades d'hypertrophie et d'hyperactivité de la glande thyroïde et toutes les maladies de cette glande sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme. La morphologie et le psychisme de la femme coïncident avec le travail thyroïdien. Chez l'homme, l'hyperthyroïdisme détermine très fréquemment l'apparition d'une morphologie et de caractères fémininoïdes y compris certains traits d'in-

tersexualité comme la gynécomastie que l'on a trouvée chez un grand nombre d'hyperthyroïdiens. La glande thyroïde est donc féminisante chez l'homme et hyper-féminisante chez la femme. L'hypophyse, qui commande tout le système endocrinien, semble agir dans deux sens : tantôt en fabriquant des hormones qui entrent dans la genèse de la folliculine et ayant, par là, un rôle féminisant, tantôt fabriquant des hormones qui entrent dans la genèse des hormones testiculaires et ayant, par là, un rôle virilisant. A côté de cette action directe, l'hypophyse agit également, d'une façon indirecte, sur l'ovaire et sur le testicule en excitant, d'un côté, la thyroïde, et d'un autre, la cortico-surrénale.

Il est très probable que les hormones virilisantes prennent naissance au niveau des cellules basophiles et les hormones féminisantes au niveau des cellules chromophobes.

Cette hypothèse est démontrée par le fait que dans les adénomes basophiles il y a hypervirilisation comme Cushing l'a démontré et comme d'autres auteurs, par la suite, l'ont confirmé, tandis que, dans les adénomes chromophobes, il se produit le syndrome de Frölich dont une des principales caractéristiques est la profonde féminisation de l'organisme, grande féminité très pure chez la femme et féminisation chez l'homme. On peut donc supposer que l'hypophyse, organe régulateur du rythme végétatif, en collabora-

tion avec les centres nerveux diencéphaliques, joue un rôle complexe, en contrôlant les systèmes féminisant et virilisant.

Il y a plus : les organes sexuels extragonadaux peuvent, comme les gonades elles-mêmes, agir anormalement et produire l'inversion de l'apparence sexuelle. C'est ainsi que dans les hôpitaux nous voyons des cas de femmes virilisées non pas par une transformation de leurs ovaires, mais par des états pathologiques d'hypersécrétion cortico-surrénale ou des cellules basophiles de l'hypophyse. Nous avons également des états de féminisation, certes, très discrets, dans l'hyperthyroïdisme masculin, comme les cas de gynécomastie. On démontre ainsi comment l'organisme, constamment bisexué à l'origine, se développe dans la prédominance normale de l'un des deux sexes ou dans l'anormale équivalence, totale ou partielle, des deux, selon la qualité de la première impulsion et selon l'action protectrice du système endocrinien, gonadal et extragonadal.

Nous allons démontrer maintenant que les caractères sexuels ne sont pas, chez l'homme et chez la femme, des valeurs opposées, mais tout simplement des différences quantitatives de ces mêmes signes de la sexualité.

On peut constater, en effet, que dans l'espèce humaine, il n'y a pas un seul caractère sexuel de la femme que l'on ne trouve chez l'homme et inversement, avec la seule différence de leur intensité et de

leur chronologie. Tous les caractères sexuels de l'homme existent chez la femme dans un état d'hypoévolution et avec un développement plus tardif que chez l'homme. Prenons, par exemple, trois des plus typiques : les poils, le larynx et les organes génitaux externes. Les poils, chez l'homme, se distinguent de ceux de la femme parce qu'ils poussent sur les membres, sur le tronc, sur la figure et du pubis s'étendent vers l'ombilic et le périnée. Chez la femme normale, il y a aussi des poils sur le tronc, sur les membres et sur la figure un léger duvet à peine perceptible, mais assez marqué parfois. Les poils du pubis peuvent rappeler la forme masculine et lorsque la femme s'approche de la fin de sa maturité, les poils et le duvet poussent et se rapprochent, sans toutefois acquérir complètement la perfection de forme qui est typique chez l'homme depuis sa jeunesse. Le larynx est identique dans les deux sexes, et la différence de la voix qui les caractérise si nettement dépend de ce que le larynx masculin est plus évolué que le féminin qui, lui, s'est arrêté à une phase voisine de la juvénile.

Seulement, lorsque la femme s'approche de la ménopause, son larynx se développe et sa voix acquiert un accent grave, viriloïde, à peine perceptible ou net.

Les organes génitaux externes sont, chez la femme, un rudiment inhibé de ceux de l'homme. Le scrotum est représenté par les grandes lèvres, le pénis par le clitoris rudimentaire. Mais, avec les années, les

grandes lèvres acquièrent la rudesse scrotale et le clitoris augmente ses dimensions et sa sensibilité.

Seulement, les caractères qui sont liés à la maternité, fonction spécifique de la femme, acquièrent, chez elle, un développement supérieur. C'est ainsi que les secteurs génitaux dépendant de l'organe de Muller sont vigoureux chez la femme (utérus principalement) et rudimentaires chez l'homme (utricule prostatique). Les seins sont volumineux chez elle et rudimentaires chez lui. Le bassin est large chez la femme et étroit chez l'homme. La graisse est finalement plus abondante chez la femme que chez l'homme. L'explication est donc exacte : ce sont tous des organes ou des tissus qui servent directement à la maternité ; il reste seulement sans interprétation, la longueur des cheveux chez la femme vis-à-vis de la petitesse et de la caducité des cheveux de l'homme. En résumé, sexuellement, la femme reste inhibée dans une phase voisine de la juvénile et peut-être, comme l'ont indiqué quelques auteurs, à cause, précisément, de ce que le développement de ses organes maternels absorbe, pour ainsi dire, une grande partie de l'énergie sexuelle.

Mais si, comme on vient de le voir, les caractères sexuels sont les mêmes chez l'homme que chez la femme, sauf certaines différences de quantité et de rythme, comment continuer à affirmer qu'il y a deux hormones sexuelles spécifiques, la testiculaire et l'ovarienne ? Il ne serait plus logique d'admettre qu'il n'y a qu'une seule hormone excitante du développement

sexuel pour les deux sexes et que les différences dépendent seulement de sa quantité et de son temps d'actualisation, abondante et précoce chez l'homme, moins abondante et plus tardive chez la femme ? En faveur de cette hypothèse on cite le fait bien connu de l'analogie chimique entre la folliculine et l'hormone testiculaire et le fait également que certains « tests sexuels » déterminés qu'on croyait spécifiques peuvent, en réalité, s'obtenir aussi bien avec l'hormone masculine qu'avec la féminine ; par exemple, le réflexe de « l'étreinte » typiquement masculin qui s'obtient, chez la grenouille mâle châtrée en lui injectant de l'hormone testiculaire ou de la folliculine.

De même, l'œstrus de la femelle châtrée peut s'obtenir en injectant de la folliculine ou de l'extrait testiculaire. Ce sont de telles considérations qui ont conduit Champy, Tuquez et Herbert à la conception très répandue dernièrement de ce qu'ils appellent les « caractères ambosexuels », c'est-à-dire communs aux deux sexes, quoique avec des différences de degrés chez l'un et chez l'autre et qui se superposeraient à d'autres caractères strictement différentiels. Comme on a pu le voir au cours de ce développement, tous les caractères sexuels sont, en réalité, ambosexuels puisque tous existent chez le mâle et chez la femelle et se différencient seulement par leur intensité. Ce qui semble inadmissible, c'est que ces caractères du mâle et de la femelle soient dus à des « incréctions sexuelles identiques » puisque leurs conséquences

sont différentes bien que seulement au point de vue quantitatif. Elles sont si différentes, qu'en elles, c'est-à-dire dans la différenciation sexuelle, est fondé le processus de l'attraction des sexes, processus qui viendrait à s'éteindre en même temps que disparaîtraient les espèces vivantes si cette différenciation sexuelle n'existait pas.

On peut nier l'opposition des sexes et reconnaître en même temps le masculin et le féminin sans que ce soit une contradiction, car aucun naturaliste ne peut douter que le masculin et le féminin existent non pas comme phénomènes opposés, mais successifs, c'est-à-dire séparés non pas par un antagonisme, mais par des degrés intermédiaires. Ce qu'on ne peut pas admettre, c'est que cette féminité et cette masculinité procèdent d'une même excitation hormonale. L'hypothétique hormone ambosexuelle n'est pas encore découverte et peut-être ne le sera jamais. Les deux hormones sont différentes, même si elles peuvent provoquer des phénomènes principalement fonctionnels communs, et surtout l'existence de la libido.

Ceci est en complet accord avec le fait qu'à l'origine dans sa phase qu'on pourrait appeler « chimique » la libido est une force effectivement différenciée, inclusive dans l'espèce humaine. L'appétit sexuel en se réveillant est aveugle, comme il arrive chez l'enfant qui seulement d'une façon trouble distingue l'autre sexe pour se satisfaire. La différenciation de l'objet

sexuel, l'élection spécifique de l'autre sexe est un acte psychique sensoriel qui chez l'homme intellectuel se trouve conditionné précisément par la différenciation sexuelle. Si l'homme dirige son impulsion aveugle vers la femme et celle-ci vers lui, c'est parce que la femme et l'homme sont sexuellement différents et seulement à cause de cela. Cette élection n'a rien à voir avec l'impulsion de la faim et on expliquerait bien que l'hormone qui suscite cette impulsion puisse être très peu différenciée, mais il ne faut pas oublier qu'à cette hormone précisément se doit le fait différentiel, la distinction entre les deux sexes, clef de l'attraction.

Dans l'espèce humaine comme dans les autres espèces, on ne peut pas douter qu'il s'agit de deux hormones différentes. Les différences morphologiques et fonctionnelles entre un homme et une femme types, sont en effet extraordinaires quoique seulement quantitatives. Et les caractères sexuels ambigus que citent Champy et Tuguez, s'expliquent bien par le fait même que le féminin et le masculin ne sont que des degrés différents d'une même série où il y a sans doute beaucoup de positions intermédiaires.

Le fait par exemple que certaines femmes aient un certain degré de pilosité sur la lèvre supérieure ou sur les bras, ne veut pas dire que cette pilosité des lèvres et des bras soit un caractère commun aux deux sexes, car à part certains cas monstrueux, la pilosité viriloïde de la femme est toujours initiale, du type juvénile et

par la différence de la pilosité complète, terminale de l'homme. Différence quantitative, mais différence quand même.

En résumé, le fait que les caractères masculins et féminins ne s'opposent pas mais se succèdent comme des degrés de différence d'intensité et le fait que cette différence d'intensité constitue un caractère différentiel entre le masculin et le féminin comme en effet elle le constitue, sont deux choses différentes. La totale différence qui existe entre les effets de la castration dans l'un ou l'autre sexe, montre d'une façon évidente que la différence se doit à l'existence de deux hormones et non à des différentes quantités d'une même hormone et non plus comme d'autres le veulent, à des façons différentes de réagir que possède le soma en face de la même hormone. S'il s'agissait de la même hormone, la castration de l'homme ou de la femme aboutirait au même résultat : à un soma sans sexe, identique pour les deux sexes, mais cet organisme commun, neutre, asexué, qu'on a pu défendre pour certaines espèces, ne peut pas s'admettre chez l'homme. L'homme châtré subit en effet une transformation profonde de sa morphologie et de son psychisme et dans la vie il se conduit d'une façon très différente des autres hommes. La femme châtrée, au contraire, ne subit aucune modification, sauf la perte de la maternité et quelques phénomènes métaboliques, circulatoires et nerveux qui n'altèrent en rien son habitus et son caractère. Si la différence sexualité dé-

pendait de la différente réaction du soma chez la femme et chez l'homme devant un même stimulus, la suppression de celui-ci supprimerait aussi la réaction différentielle et il apparaîtrait la même forme asexuée chez l'homme que chez la femme. Or nous savons que rien de tout ceci n'arrive mais qu'il se produit des changements profonds chez l'homme et à peine quelques-uns, très légers, chez la femme. Ce qui se passe en réalité c'est que quoique les deux hormones aient une évidente et significative parenté chimique, et quoiqu'elles agissent d'une façon semblable sur des phénomènes fonctionnels ou morphologiques très rudes de la sexualité comme l'excitation de la libido (qui soit dit en passant peut s'obtenir également au moyen de substances différentes des hormones gonadales) ou comme l'oestrus (qu'on peut également déclancher par des excitations non hormonales) leur fonction la plus haute se trouve parfaitement différenciée. La folliculine en effet agit non seulement d'une manière directe sur la forme et sur la psychologie de la femme, mais possède une importance décisive et irremplaçable sur l'activité menstruelle et maternelle. Sans folliculine, il n'y a pas d'ovulation et aucun autre produit hormonal ou non ne peut la remplacer. Ceci suffit pour l'individualisation radicale de la femme, parce que la morphologie et la psychologie féminines n'ont pas besoin de stimulants différentiels. Sauf les changements maternels, la forme et le psychisme de la femme restent, comme on l'a vu, arrêtés

dans une étape voisine de la juvénile et c'est dans ce caractère presque négatif que consiste son individualité. Quand on parle de différenciation sexuelle, ce n'est pas que l'homme et la femme, à partir de la forme équivoque de l'adolescence, s'en éloignent avec une égale rapidité : L'homme s'en éloigne rapidement et profondément, mais la femme s'en éloigne à peine, malgré quelques phénomènes isolés quoique frappants, comme le développement des seins. La différenciation sexuelle, en somme, se fait presque exclusivement aux dépens de l'homme, qui s'éloigne de la forme primitive, tandis que la femme reste indifférenciées. Par conséquent, l'hormone testiculaire doit faire un effort de différenciation morphologique et psychique que l'hormone ovarienne n'a pas à faire. Ainsi on s'explique que la castration chez la femme produise à peine des changements dans la morphologie. La grande catastrophe est la suppression de la fonction maternelle et de la menstruation qui étaient subordonnées à la folliculine. Par contre quand l'hormone testiculaire manque, non seulement la libido et l'érection sont supprimées, mais tout le processus de différenciation s'écroule et il se produit la régression scandaleuse vers l'étape antérieure, vers la féminité.

L'homme châtré s'efféminise; la femme châtrée reste ce qu'elle est ou du moins plonge davantage dans l'adolescence, s'enfantilise, et en somme se féminise davantage.

Il nous reste, pour terminer cet exposé sur l'évo-

lution de la sexualité et de l'intersexualité en général, à parler d'un troisième point, à savoir, l'évolution de la sexualité chez chaque individu, évolution de la sexualité double et toujours du sens féminin vers le sens masculin. L'homme traverse dans la puberté une phase dans laquelle la morphologie et le psychisme acquièrent une claire apparence fémininoïde après laquelle s'installe la virilité qui progresse jusqu'à l'âge climatérique au moment duquel la phase virile décline et se noue directement avec la dégénérescence, dans un certain sens asexuée, de la vieillesse.

Il y a donc intersexualité ou féminité chez l'homme et jamais chez la femme à la puberté et intersexualité ou virilité seulement chez la femme à la période climatérique. Tout le monde connaît la fréquence avec laquelle l'adolescent, au moment d'arriver à la puberté, prend une morphologie équivoque avec engraissement de la moitié inférieure du corps rappelant la distribution féminine. Il y a également un retard de développement des organes génitaux pouvant acquérir une apparence pseudo-hermaphrodite. D'autres fois, il y a des signes indiscutables d'intersexualité comme la Gynécomastie. Un état équivoque identique se produit dans le domaine de l'instinct sexuel, et les troubles typiques et très nombreux de l'affectivité et du caractère du jeune homme à cet âge ont comme base commune le ton fémininoïde.

Ces deux intersexualités critiques, puberté chez l'homme et ménopause chez la femme, ne sont pas

spécifiques de l'espèce humaine. En général tout mâle jeune se rapproche de la morphologie de la femelle et toute femelle vieille se rapproche de la morphologie du mâle. L'explication de ces crises sexuelles ne peut résider autre part que dans la supposition qu'aussi bien l'organisme de l'homme que celui de la femme subissent d'une façon massive l'influence des deux sexualités; la féminine d'abord, la masculine ensuite. La différence consiste en ce que chez l'homme l'influence féminine très brève et à peine marquée, disparaît lorsque la puberté disparaît, pour permettre le splendide développement de la virilité, tandis que chez la femme, la phase première, la féminine, comprend le long et énergique développement qui s'étend jusqu'après sa maturité, pour ne voir apparaître la phase terminale, virile, que dans les courtes années climatiques et cela d'une façon à peine ébauchée.

Comme nous avons déjà dit, il est évident que chaque organisme, homme ou femme, possède en lui chromosomiquement l'aptitude pour les deux sexualités. Si on castré un organisme mâle et qu'on lui greffe un ovaire, il prendra une morphologie féminine. Si après on extirpe la greffe ovarienne pour greffer ensuite un testicule, l'organisme, en vertu de la bipotentialité sexuelle, reprendra la morphologie masculine.

Tout ceci se passe dans les conditions normales; l'organisme sexuellement bipotentiel, subit d'abord l'influence ovarique et acquiert l'apparence féminine, plus tard, lorsqu'il subira l'influence testiculaire, il

prendra l'apparence masculine. Ces deux actions successives proviennent sans doute de la gonade, qui est également bisexuée; on connaît bien aujourd'hui la fréquence avec laquelle apparaissent dans l'ovaire des formations d'apparence testiculaire surtout au niveau du hile. Dans le tissu interstitiel du testicule, on peut trouver également des éléments histologiques de type ovarien. Cependant ces deux types de tissus ne sont pas équivalents, car s'ils l'étaient il s'agirait d'un ovaire testicule et l'organisme serait un hermaphrodite. Chez la femme, la quantité d'ovaire prédomine toujours sur les restes testiculaires. Chez l'homme, la prédominance testiculaire sur le tissu ovarien est aussi énorme. C'est à cause de cela que le tissu secondaire se trouve noyé par le tissu principal et les hormones secondaires étouffées par les hormones principales. Dans ces conditions, l'organisme se développe normalement. S'il arrive au tissu secondaire de marquer son empreinte dans l'organisme, c'est parce que le tissu principal fléchit dans sa fonction. Ceci se passe au moment des crises (puberté chez l'homme, ménopause chez la femme) et la plus juste définition de la crise serait la manifestation occasionnelle du sexe secondaire, dont les signes émergent timidement parmi les signes vigoureux du sexe légitime. A l'appui de cette hypothèse, on peut citer les expériences de Marañon sur le coq et la poule, qui ont montré que les restes biologiques de l'autre sexe sont chez la femelle d'autant plus fréquents qu'elle est plus âgée et chez

le mâle d'autant plus fréquents qu'il est plus jeune; autrement dit, l'ovaire est d'autant plus pur qu'il est plus jeune, alors que le testicule est d'autant plus pur qu'il est plus mûr.

Dans les ovaires testicules des hermaphrodites, on observe ce même phénomène, c'est-à-dire qu'à mesure qu'il s'agit d'individus plus âgés, le tissu ovarien est plus rare et le tissu testiculaire plus abondant.

En résumé, la gonade de chaque organisme passe par deux phases successives : sécrétion ovarienne d'abord, testiculaire ensuite. A ces deux phases correspondent les deux réponses successives de l'organisme, féminité d'abord, masculinité ensuite. La différence entre chacun des deux sexes dépend de ce que l'élément masculin est rare et fugace dans l'ovaire et l'élément féminin, rare et fugace dans le testicule, mais qu'ils agissent toujours dans le même ordre : féminin d'abord, masculin ensuite. L'école de Champy et de ses collaborateurs arrive à la même conclusion lorsqu'elle affirme « qu'en définitive, les hormones sexuelles ne sont pas spécifiques, étant donné que le testicule et l'ovaire présentent les mêmes propriétés et qu'il n'y a que les doses qui varient de l'un à l'autre sexe ». Il n'y a pas lieu, par conséquent, de faire appel à l'hypothèse des hormones ambosexuelles. Le soma est ambosexuel, la gonade aussi mais non pas les hormones puisqu'elles protègent spécifiquement les caractères féminins (hormone

féminine) et les caractères masculins (hormone masculine).

L'évolution de la gonade partant du féminin pour aboutir au masculin se trouve favorisée par une évolution parallèle des glandes sexuelles extragonadales. En effet, à mesure que se développe la maturité sexuelle, l'activité de la cortico-surrénale et des cellules basophiles de l'hypophyse qui sont les deux tissus virilisants augmente aussi, ce qui nous explique qu'avec l'évolution de la gonade dont on vient de parler, l'étape finale de l'évolution sexuelle est le triomphe de la virilité, point culminant de la virilité de l'homme et l'ébauche de virilité qui, chez la femme, surpasse sa féminité.

Après avoir passé en revue la conception du professeur Marañón sur l'intersexualité et l'évolution de la sexualité, il apparaît comme démontré que le sexe est une valeur en permanente évolution ; non pas comme un simple cycle d'ascension, maturité et décadence, comme les autres fonctions végétatives, mais dans le sens d'un progrès depuis la phase féminine, intermédiaire entre l'adolescence et la virilité, vers la phase virile qui est la terminale.

Cette conception nous explique aussi le sens profond des crises (puberté et ménopause) et une grande partie des phénomènes psychiques et morphologiques de l'homme et surtout de la femme qui, se trouvant, comme on l'a vu, du fait de sa position intermédiaire,

en perpétuelle aspiration vers la phase terminale, présente, au cours de sa vie, des changements incessants qui laisseraient dans l'ombre le plus fondamental de sa forme et de son psychisme, si l'on n'en tenait pas compte. La femme présente presque toujours deux ou trois types constitutionnels différents depuis qu'elle cesse d'être enfant jusqu'à ce qu'elle arrive à la vieillesse et parallèlement, deux ou trois schémas psychologiques dans le cours de sa vie.

On a montré également la réalité et l'énorme fréquence de l'intersexualité et des états intersexuels (morphologiques — ceux de l'instinct et les formes purement psychiques et sociales de l'ambiguïté sexuelle).

Finalement, nous voyons que les sexes ne sont pas deux valeurs opposées, mais seulement des degrés successifs et différents d'une même évolution. Cette différence, non seulement existe, mais est essentielle pour la vie des sexes, étant donné qu'elle est la base de l'attraction sexuelle et, par conséquent, de la propagation et de la sélection des espèces. Le progrès sexuel, qui est un des facteurs primordiaux du progrès humain, est fondé sur les degrés, chaque jour plus hauts, que cette différenciation peut atteindre.

CHAPITRE II

L'INTERSEXUALITE PUBERALE

L'intersexualité pubérale comprend des formes qui sont *essentiellement épisodiques* et liées à la grande crise de l'évolution sexuelle : la puberté. .

En dehors des données cliniques que ce problème nous fournit, il nous apprend en outre qu'autour des intersexualités « pathologiques » dont le nombre est réellement très grand, s'étend un autre cercle de formes « anormales » de l'intersexualité qui permet de comprendre dans la conception de la sexualité confuse, un nouveau contingent, très considérable, d'êtres humains. Il est très important de ne pas confondre ce qui est « pathologique » avec ce qui est simplement « anormal ». Sauf dans des cas d'attaque traumatique, toxique, etc... on ne passe pas brusquement de la santé parfaite à la maladie. L'organisme, avant de

rentrer d'une façon décisive dans le domaine pathologique, traverse presque toujours cette zone qui n'est déjà plus la santé, mais qui n'est pas encore la maladie et que l'on appelle *anomalie*.

Les intersexualités pubérales se présentent à nous sous le schéma déconcertant suivant : dans la puberté la tendance inversive s'observe d'habitude chez des jeunes gens du sexe masculin qui, par conséquent, tendent à acquérir la morphologie féminine. Le cas inverse, celui de la jeune fille qui a tendance au virilisme, est exceptionnel. Nous pouvons donc parler d'une intersexualité fémininoïde de la puberté, phénomène normal chez le jeune homme mais qui, dans certains cas, peut atteindre des proportions pathologiques.

CHAPITRE III

ADIPOSITE ET HYPOGENITALISME TRANSITOIRE

Le premier syndrome que nous étudierons est celui d'adiposité et hypogénitalisme pubéral transitoire, récemment décrit en détail par Cushing, sous le nom de « type préadolescent de l'hypopituitarisme » et que Marañon a étudié sous le nom d' « adiposité eunuchoïde prépubérale » dénomination qui nous semble meilleure car en plus qu'elle comprend les caractères essentiels du syndrome, elle ne préjuge en rien de son mécanisme.

Dans ce cas, l'enfant prépubère, ou bien grossit tout à coup, ou bien voit son adiposité déjà existante s'accroître, la graisse se distribue exactement de la même façon que dans la castration, dans l'eunuchisme ou dans le syndrome hypopituitaire de Frölich. C'est-à-dire qu'elle s'accumule dans la région rétro-mam-

maire donnant un faux aspect de Gynécomastie, dans la région hypogastrique, autour du bassin et dans la partie haute des cuisses. Nous voyons que cette disposition de la graisse est aussi la caractéristique du sexe féminin à l'état normal.

En même temps que l'adiposité, caractère donc féminoïde, apparaissent d'autres signes de même ordre : la peau est satinée, blanche et exempte d'accidents sébacés. Les poils poussent lentement et affectent la disposition juvénile ou féminine. La figure et le reste du corps restent absolument glabres, sauf une légère pilosité axillaire. Il y a un état lymphatique évident. Les mains sont généralement acro-cyanociques et présentent une prédisposition particulière aux engelures et aux infections locales. Beaucoup de jeunes gens présentent, à l'âge prépubéral, cette prédisposition acro-cyanocique des mains qui disparaît spontanément lorsque l'adolescent devient adulte. La croissance est généralement normale avec plutôt tendance à la haute taille. Le signe morphologique qui différencie peut-être le mieux ces cas d'adiposité génitale de ceux d'adiposité hypophysaire, si semblables quant à la distribution de la graisse, est précisément que, lorsque l'hypophyse est hypofonctionnellement altérée, la taille reste petite, depuis les dimensions discrètes jusqu'au nanisme. Tandis que dans les adiposités par insuffisance génitale, la taille est normale, voire avec prédisposition aux croissances excessives, dysplasiques. Il est fréquent que cette phase d'inter-

sexualité pubérale passée, le jeune homme grandisse subitement, sa morphologie se transformant, il passe du type « eunuchoïde gros » au type « eunuchoïde grand » ; beaucoup d'hommes de stature élevée et d'instinct sexuel diminué ou perversi appartiennent à cette catégorie et furent, par conséquent, adiposiques et hypogénitaux durant leur puberté.

L'examen des organes génitaux accentue outre mesure l'impression fémininoïde que donnent ces hommes. Le penis est généralement petite et le paraît encore plus étant enfoui dans l'accumulation constante et copieuse de graisse suspubienne qu'il suffit d'ailleurs de refouler en arrière avec la main pour que le membre acquière sa grandeur réelle.

Il existe presque sans exception du phymosis très prononcé et parfois de l'hypospadias ordinairement à une faible degré. Dans un groupe de cas les testicules présentent de la cryptorchidie uni ou bilatérale ; les bourses vides se replient alors, prenant l'aspect de grandes lèvres et donnant à l'ensemble des organes génitaux une apparence franchement pseudo-hermaphrodite. Cette cryptorchidie peut être permanente ; mais il arrive beaucoup plus souvent qu'elle soit passagère, donnant lieu alors à un testicule en ascenseur typique. En d'autres cas, les glandes sont complètement descendues. De toutes façons, il est fréquent qu'elles soient moins volumineuses qu'elles ne le sont en général à l'âge correspondant ; anormalement molles, elles conservent pour l'ordinaire un

réflexe crémasterien très vif. La voix reste infantile très longtemps, contrastant avec la corpulence du sujet. Les dissonances de la voix si fréquentes à cet âge sont particulièrement accentuées. Il est intéressant de remarquer que dans l'étiologie de ces intersexualités fémininoïdes on découvre souvent un facteur héréditaire. Il y a évidemment une constitution endocrinienne prédisposante, qui se transmet d'une génération à l'autre et c'est curieux qu'avec elle se transmettent aussi les facteurs exogènes qui favorisent l'adiposité. C'est-à-dire que dans beaucoup de cas ces familles de jeunes gens traditionnellement obèses et à retards glandulaires évidents, appartiennent en même temps à des familles de gros mangeurs.

Presque tous les enfants à obésité pubérale ont un appétit vorace, ce qui crée de grandes difficultés pour leur traitement. On peut supposer que, dans ces cas, les mauvaises habitudes diététiques se transmettant, le gavage traditionnel finisse par porter atteinte aux glandes endocrines, hypothèse qui s'accorde avec les données actuelles de la physiologie. L'expérience de Pézard sur la castration alimentaire est très démonstrative à ce sujet. Elle consiste dans la production d'un état franchement hypogénital, chez le coq, en le nourrissant trop abondamment avec des aliments nuisibles (régime carné).

Marañon et Martinez Diaz ont démontré que la diminution de la ration alimentaire des sujets gros

suffit, à elle seule, à élever le métabolisme basal généralement diminué chez ces malades, et parfois si rapidement qu'on peut supposer que les glandes endocrines présidant à ce métabolisme (thyroïdes, génitales, etc...) sont redevenues actives sous l'influence de l'hypo-alimentation. Inversement, une suralimentation prolongée fait diminuer le métabolisme basal, comme si elle émoussait le fonctionnement endocrinien.

Le cas des femmes non réglées et stériles avec obésité qui en mangeant moins, non seulement maigrissent, mais recouvrent leur menstruation et leur aptitude conceptionnelle, témoignent dans le même sens. Cette action réciproque des facteurs endocriniens exogènes s'influençant mutuellement, est de la plus grande importance dans la pathogénie et le traitement de divers états pathologiques de la nutrition.

L'évolution ultérieure de ces adiposités pubérales est très variable. Le plus souvent la tendance fémininoïde s'atténue spontanément; et quoique d'une façon tardive, le jeune homme acquiert une virilité parfaite; il arrive même qu'il soit hypervirilisé, comme si la tendance normale réprimée, voulait compenser, par une réaction violente, la langueur primitive. Aussi n'est-il pas rare de voir, vers les vingt ans ou après, ces jeunes eunuchoides amincir et grandir, tandis que les traits du visage et leur morphologie deviennent plus énergiques, la voix plus grave, les poils plus

drus, etc... et il est particulièrement curieux qu'avec cette virilisation tardive puisse coexister une persistante sexualité infantile ou franchement invertie.

D'autres fois, l'évolution ultérieure s'opère d'une manière analogue à celle des eunuchoides gigantesques : la stature croît démesurément avec allongement de la mâchoire inférieure et crâne brachycéphale, etc...

Après cette phase, la morphologie peut se normaliser dans un type physiologique, mais de haute taille, ou persister dans le schéma eunuchoides. Quant à l'instinct, il peut aussi devenir normal ; mais cette catégorie d'individus fournit un grand contingent de timides, d'invertis et de don Juans.

Un autre groupe enfin, peu nombreux, se caractérise par la persistance de l'adiposité prépubérale. Le sujet n'atteint jamais la maturité virile et passe directement de la phase fémininoïde à un état de maturité indifférenciée pouvant aller jusqu'à l'eunuchisme pathologique avec vieillesse prématurée (eunuchisme gérodermique). Il faut, naturellement, admettre, dans ces cas, non plus un simple retard de l'évolution sexuelle, mais l'existence de profondes lésions testiculaires, s'accompagnant d'ordinaire de cryptorchidie ; ou bien il faut penser à l'intervention de nouveaux facteurs étiologiques, qui se fixent secondairement sur le testicule arriéré, achevant sa destruction ; par exemple, l'orchite des oreillons très dangereuse chez ces adolescents intersexuels et qui réclame, par

conséquent, des soins attentifs, ou bien il faut invoquer le traumatisme dans le sens de l'erreur qui consiste à prendre pour une hernie inguinale un testicule ectopique et d'y appliquer un bandage serré qui, en peu de semaines, consomme l'annihilation de la glande.

CHAPITRE IV

GYNECOMASTIE

Une autre forme d'intersexualité fémininoïde pubérale, beaucoup moins fréquente que l'adiposique, est la gynécomastie.

Elle peut accompagner le syndrome adiposique et hypogénital et l'apparence fémininoïde du jeune homme s'aggrave alors d'hypertrophie mammaire. Elle est en général bilatérale, plus rarement unilatérale. L'aspect de la glande mammaire varie depuis celui du sein de la vierge jusqu'à celui d'énormes mamelles pendantes. Dans les cas où l'examen anatomo-pathologique a été pratiqué, la structure histologique est celle d'une glande normale chez la femme en dehors de la grossesse. D'autres fois, la gynécomastie apparaît isolée sans autre manifestation de féminité ; elle n'atteint le plus souvent qu'un degré

de développement discret et reste d'habitude inaperçue ; presque toujours, elle est passagère. Il s'agit d'une altération assez fréquente et qui a, de toute évidence, une caractéristique d'intersexualité, car, d'après Marañon, « la signification sexuelle de la mammelle est si nette que, lorsqu'elle perd, chez l'homme, son caractère rudimentaire et qu'elle acquiert un développement paranchymateux ressemblant à celui de la femme, on peut parler avec certitude d'intersexualité, même en l'absence de tout autre signe d'inversion sexuel ». Cette conception s'appuie sur des faits cliniques qui ne peuvent être contestés.

1°) La gynécomastie accompagne les états intersexuels avérés tels que le pseudo-hermaphrodisme masculin.

2°) Elle s'observe à la suite de lésions testiculaires ou de la castration, comme le démontrent les cas de Koch, Hirschfeld, Declety, Cockayne. Il y a donc lieu de se demander si elle n'est pas un indice d'intersexualité latente. La gynécomastie s'expliquerait alors par la présence chez l'individu de caractères fémininoïdes plus ou moins accentués sans malformation des organes génitaux extérieurs. Une autre interprétation admet que le testicule sécrète une hormone frénatrice des glandes mammaires, mais c'est là une simple hypothèse.

La gynécomastie doit être distinguée de la pseudo-gynécomastie dans laquelle l'augmentation de

volume du sein est dû au développement anormal du tissu graisseux mélangé en plus ou moins grande proportion à du tissu fibreux. Elle aurait une signification analogue d'intersexualité.

L'intervention d'autres facteurs endocriniens dans la production de la gynécomastie ne saurait être méconnue ; il en est ainsi dans le syndrome adiposo-génital, où l'hypophyse est en cause. Dans le cas d'Hanel, l'autopsie montra la coexistence d'un angiosarcome de l'hypophyse, des testicules aspermogénétiques et de mammelles hypertrophiées à tissu glandulaire normal. Il existait donc un retentissement hypophyso-génital sur la glande mammaire. La lésion hypophysaire produisit certainement l'hypogénitalisme qui eût pour réaction la gynécomastie avec galactorrhée. Plus difficiles à expliquer sont les cas de gynécomastie coïncidant avec l'acromégalie signalée par Marañon, mais cet auteur nous dit que « peut-être on pourrait penser à une prédisposition congénitale du tissu mammaire pour l'hypertrophie qui deviendrait évidente, quelle que soit la qualité de l'hormone stimulante ; même si elle est de type virilisant, comme il arrive dans l'acromégalie ».

La gynécomastie des hyperthyroïdiens et celle des cas de puberté masculine précoce suggèrent les mêmes réflexions ; on peut les comprendre dans la même hypothèse interprétative : une prédisposition congénitale du tissu tellement vive qu'elle réagit à

n'importe quelle excitation hormonale, ovarienne ou même antiovarienne.

Les gynécomasties unilatérales qui, à première vue, se trouvent en contradiction avec la théorie hormonale de la sexualité, s'accordent cependant avec elle si on ne les considère que comme des formes partielles de l'intersexualité en admettant qu'en plus de l'excitation chimique il faut tenir compte d'une sensibilité particulière des tissus, qui serait, dans ce cas, localisée d'un seul côté.

CHAPITRE V

TRAITEMENT DES ETATS ADIPOSIQUES ET HYPOGENITAUX ET DE LA GYNECOMASTIE PUBERALE

Les tentatives de traitement de ces états par l'opothérapie ont donné des résultats variables dans les formes peu accentuées. Les extraits ovariens ou testiculaires ont été employés suivant les cas, peut-être a-t-on été trop timide dans la posologie des hormones sexuelles. La greffe testiculaire a donné des résultats inconstants.

1°) *Opothérapie testiculaire*. — Elle a, en biologie expérimentale, une efficacité indiscutable sur le développement sexuel du mâle, mais lorsque nous nous transportons dans le terrain de la clinique, les résultats ne sont satisfaisants que dans de très rares exceptions. Peut-être lorsque les progrès de la technique permettront de mieux préparer les extraits testi-

culaires ou d'isoler les hormones spécifiques de la glande, on pourra avoir à coup sûr des résultats étonnants.

2°) *Les greffes testiculaires.* — Malgré les quelques succès enregistrés par Voronoff et par d'autres auteurs, il faudra encore des centaines d'expériences pour mettre au point les conceptions théoriques actuelles et perfectionner la technique avant d'essayer systématiquement de pousser le patient vers la table d'opération en lui faisant miroiter des espoirs illusoires. Si de lui-même il se montre désireux, il faut l'encourager, en raison de l'innocuité absolue de l'intervention chirurgicale et des effets salutaires que, par la suite, il peut éprouver.

3°) *L'opothérapie ovarienne.* — Quoique non spécifique, pourra aussi être employée, car, pour plusieurs auteurs, le réflexe sexuel des animaux châtrés peut être excité, non seulement par l'extrait testiculaire, mais aussi par l'extrait ovarien.

Ces deux thérapeutiques, opothérapie et greffes, sont inopérantes lorsque les conditions sexuelles sont déjà fixées depuis longtemps. L'efficacité de ces procédés doit être expérimentée pendant ou immédiatement après les années pubérales.

Heureusement, on n'a pas épuisé les ressources de la thérapeutique lorsque l'efficacité relative des greffes et des opothérapies testiculaire et ovarienne ne donne plus rien. Pratiquement, les opothérapies

non spécifiques : l'hypophysaire, la cortico-surrénale et surtout la thyroïdienne, offrent des possibilités extraordinaires. Le régime alimentaire a une grande importance dans le traitement des formes pubérales de l'intersexualité masculine car, comme on l'a déjà vu, une alimentation défectueuse peut entraîner des lésions testiculaires ou des avitaminoses lorsqu'elle est insuffisante en qualité ou en quantité. Un régime à la fois approprié et suffisant serait donc des plus utiles. Malheureusement, il est très fréquent qu'on ait affaire, dans ces cas, à des jeunes gens ayant un appétit vorace et extraordinairement rebelles aux conseils diététiques. La base de ce régime doit être une alimentation modérée, sans excès de graisse ou d'hydrocarbures (surtout les aliments sucrés et le pain) qui sont dans les habitudes diététiques de nos classes bourgeoises et prolétaires. D'ordinaire aussi, ces garçons sont des grands buveurs d'eau. Le rationnement des liquides, surtout pendant les repas, sera donc au plus haut point utile parce qu'entre autres raisons, en buvant moins ces garçons mangent aussi moins.

CHAPITRE VI

ALTERATIONS PSYCHIQUES

Complexe d'infériorité sexuelle et ses deux modalités :

1° Timidité ;

2° Homosexualité.

La psychologie est d'habitude normale ; il s'agit d'enfants d'une intelligence moyenne mais cependant Schapiro considère le retard mental comme un caractère constant du premier syndrome surtout et il l'attribue en grande partie à l'ironie constante des camarades quand ils vivent dans un collège : ainsi s'engendre le « complexe d'infériorité » qui s'évanouit ensuite à mesure que la morphologie devient normale. Ces enfants ont, en général, un caractère placide et réfléchi ; certains pourtant témoignent d'un tempérament combatif à l'extrême et montrent des

dispositions pour des métiers et professions actives et périlleuses. Il y a beaucoup aussi d'engourdis par une très grande apathie physique et mentale, véritables types de fainéants. La libido dans ce syndrome et d'après les observations de Marañon est indifférente, passive : les préoccupations sexuelles s'éveillent tardivement ; ces garçons s'intéressent médiocrement aux sujets scabreux, qui passionnent d'habitude à cet âge (révélations sur la vie sexuelle dans des conversations entre amis, lecture des livres pornographiques et contemplation d'images clandestines, affut sexuel de la femme, etc..., etc...). Il semble aussi que la masturbation est moins fréquente chez ces enfants que chez les normaux. Leur sexualité se réveille en somme, aussi tard que leur développement génital somatique est tardif. Mais ce retardé même de la réaction spécifiquement virile les laisse dans une position intermédiaire entre infantile et féminine, sans défense contre les suggestions pernicieuses d'autres jeunes gens ou des personnes adultes, de sexualité anormale, qui trouvent précisément un excitant spécial dans leur morphologie équivoque, androgynoïde. En somme, non par perversion active mais par une passive réceptivité à la séduction, ces adolescents modelent facilement leur instinct dans des moules anormaux et finissent par fournir un contingent important de recrues à l'homosexualité. C'est la raison pour laquelle, grâce à une morale inférieure, ces adoles-

cents peuvent si facilement devenir homosexuels comme il advint en Grèce et à la Renaissance.

Parfois la séduction sexuelle n'est pas du genre homosexuel, mais émane de femmes (servantes très souvent); en définitive, le résultat est le même; l'inversion de la libido, née du sentiment d'incapacité et de crainte à l'égard du sexe contraire, est souvent le résultat de ces relations précoces et associe pour toujours, au réflexe érotique un sentiment de *timidité* où par la suite peut s'implanter l'homosexualité. Parmi les antécédents de beaucoup d'homosexuels on trouve le fait d'avoir subi la séduction des femmes adultes dans leur enfance ou à l'époque de la puberté.

Il est très fréquent que ces enfants atteints d'intersexualité pubérale et homosexuels par séduction, acquièrent plus tard une libido normale, hétérosexuelle, soit pure soit avec quelques singularités, comme par exemple la timidité ou la tendance don-juanesque. Beaucoup de don Juans furent en effet des adolescents de ce genre.

CHAPITRE VII

TIMIDITE SEXUELLE - SES MECANISMES

a) *Timidité sexuelle ayant pour origine un complexe d'infériorité.*

La timidité sexuelle se caractérise par un état d'infériorité et d'inhibition créé par la conscience que l'on a de l'incapacité physique pour l'amour. Cette incapacité est quelques fois réelle, c'est-à-dire, produite par des lésions des glandes génératrices ou du système nerveux qui empêchent le jeu sexuel.

Dans ces circonstances et si étrange que cela puisse paraître au premier abord, la timidité peut ne pas exister car avec la capacité physique, l'instinct de l'attraction amoureuse s'évanouit à son tour dans la plupart des cas. Cependant, de temps en temps, on peut en amour observer le véritable supplice de Tantale : celui d'un homme qui désire de toutes ses for-

ces ce que, matériellement, il ne peut obtenir. Ceci est tellement vrai qu'en examinant des malades qui se plaignent d'une faiblesse de leur instinct, on peut orienter le diagnostic vers une base organique ou purement névropathique de leur anormalité par l'état de tranquillité ou d'angoisse avec lequel ils la racontent. Si la lésion qui les met en dehors des possibilités d'une vie sexuelle physiologique existe, il est fréquent que les malades racontent leur trouble avec une indifférence absolue; mais parfois il y a des cas où les malades qui expliquent leurs doléances oublient celles-ci si on ne les interroge pas.

Comme le désir a disparu également, la situation du patient est la même que celle d'un hypothétique malade incapable de digérer et chez lequel la nécessité de manger n'existerait pas. Il est évident qu'ils ne se douteraient pas de son incapacité.

La véritable angoisse de la timidité est créée par la désharmonie produite entre le désir qui existe, et qui s'exalte par une sorte de préoccupation obsessionnelle du sexe et l'incapacité momentanée de le satisfaire, comme il arrive chez des malades névropathes, sans lésion authentique de leur appareil neuro-génital et que d'une façon angoissante nous mettent au courant de leurs malheurs, aussitôt qu'ils se trouvent en face de nous ou lorsque la pudeur ou l'inhibition qui les paralysent dans les premiers instant se sont évanouis.

L'incapable vrai peut également être timide, mais à sa façon; il apparaît comme indifférent et plein

de prudence. Conscient de sa situation et tranquilisé après l'absence d'impulsion, il s'abstient de faire allusion à l'activité sexuelle, comme s'abstiendrait un boî-teux de naissance de s'inscrire à une épreuve de course à pied.

Le timide proprement dit, est en somme celui chez lequel le mécanisme sexuel se trouve théorique-ment parfait ou presque parfait, mais qui dans la pra-tique s'inhibe et se fait difficile ou impossible, à cause de la fausse conscience que le malade éprouve de son incapacité.

Cette conscience se trouvant en une constante lutte avec le désir intact et exalté, crée et augmente à chaque malheureuse tentative, le sentiment d'infériorité qui finit par détruire toute possibilité de rapports sexuels.

Pour comprendre comment prennent naissance ces états d'infériorité et de timidité, il faut se sou-venir que l'acte sexuel se produit grâce à un méca-nisme excessivement complexe, et qui est soumis au contrôle d'innombrables influences humorales et ner-veuses. Etant parmi toutes les fonctions de la vie végétative, la plus noble, elle a besoin, pour sa par-faite réalisation, d'une sorte d'équilibre préalable avec les autres fonctions de l'individu, depuis les plus grossières, parmi les organiques, jusqu'aux plus éle-vées dans le domaine psychique. En plus de cette complication innée et inévitable, il faut compter avec toutes les autres que l'artifice de la civilisation a accu-

mulées: ignorance, mauvais enseignements, on faits à un moment peu opportun, préjugés éthiques ou sociaux, etc., etc.

Il est très difficile qu'une ou plusieurs de ces causes de perturbation cessent d'influencer d'une façon anormale le développement et le libre exercice de la fonction sexuelle masculine. C'est surtout pendant l'enfance, quand l'instinct commence à faire ses premiers pas hésitants, que ces agents perturbateurs de l'équilibre instable de la sexualité qui commence, laissent sur elle des marques profondes et dans certains cas indélébiles. L'acte sexuel est une série de réflexes humoraux et nerveux qui s'enchaînent entre eux et qui se « conditionnent » lors de ses premiers essais pour toute la vie parfois, selon l'influence bonne ou mauvaise qui les déchaîne. Dans un grand nombre de cas l'adolescent qui s'éveille à la vie sexuelle, éprouve des sensations dépressives d'infériorité, qui sont intimement liées à ses premières émotions érotiques, lesquelles, en effet, conditionnent son activité instinctive ultérieure, dans le sens de la timidité. La plus fréquente de ces causes se rapporte à l'échec très fréquemment subi dans les premières tentatives amoureuses. Le jeune garçon déçu, se croit atteint d'une incapacité pour l'amour, et, l'état de timidité qui en résulte trouble profondément ou annule les expériences futures, jusqu'à ce que la force de l'instinct vienne s'imposer.

Mais il arrive, d'autres fois, que la force inhibi-

trice a été si grande ou la constitution nerveuse du sujet si particulière, que la vie sexuelle se conditionne pour toujours dans la direction de l'infériorité. Cet homme vivra jusqu'à sa mort dans une chasteté forcée, aussi absurde que celle d'un homme qui se laisserait mourir de faim ayant les poches pleines d'or et parce qu'il se serait convaincu qu'elles sont fausses et ne pourraient servir pour acheter le pain quotidien.

A la création des états de timidité sexuelle peut contribuer également l'existence de petites anomalies ou défauts d'ordre esthétique ou physique, qui sont en réalité insuffisantes pour entraver le jeu érotique, ou complètement étrangères à lui, mais que l'adolescent évalue d'une façon exagérée, surtout s'il possède un tempérament nerveux et concentré.

Il faut remarquer que presque tous les hommes, à cette époque de leur évolution, ont de fortes tendances vers l'autisme. La surestimation des ces anomalies exagère la pudeur et difficile sérieusement le commerce sexuel.

De tous ces motifs d'auto-dépression sexuelle, le plus fréquent et le plus nuisible, c'est celui de la conscience de la petitesse des organes génitaux. La mythique sexuelle crée une idée volumétrique du sexe, difficile à s'adapter à la réalité. Cet état d'hypoévaluation se rencontre surtout chez les jeunes gens atteints du syndrome excessivement fréquent et déjà décrit sous le nom d' « adiposité eunuchoïde prépubérale ». De tels enfants traversent, avant d'être pubères, quel-

ques années où l'évolution est retardée, et affectent une morphologie assez semblable à celle de la jeune fille, grâce à la spéciale distribution de la graisse. D'autre part, les organes génitaux s'arrêtent à un état qu'on peut qualifier d'infantile mais qui, généralement, évolue d'une façon satisfaisante quelques années plus tard.

Il s'agit, en somme, d'un simple retard transitoire, mais tant qu'il existe, l'adolescent acquiert la conviction de son infériorité, laquelle conditionne d'une façon désastreuse sa vie sexuelle ultérieure.

Pour bien mener le traitement de ces formes de timidité liée à des facteurs antérieurs d'intersexualité pubérale, il est de la plus haute importance de faire d'une façon très soignée, l'histoire complète de ces sujets au point de vue de leur époque pubérale, car c'est un fait facile à contrôler, que beaucoup d'hommes, qui nous semblent impeccables sexuellement, si nous les observons pendant toute la période de leur maturité, nous réservent la surprise, si notre observation se prolonge tout le long de leur existence, de découvrir, qu'au moment critique de leur évolution, à l'aurore de leur vie sexuelle, ils ont présenté ou ils présentent des signes manifestes de confusion sexuelle. Ces troubles épisodiques nous donnent l'explication de phénomènes qui, autrement, seraient difficile à interpréter. Par exemple, chez l'homme, un état de timidité ou d'homosexualité coexiste parfois avec une morphologie entièrement virile; mais il est très pos-

sible que des années auparavant, dans la puberté, cette morphologie ait été équivoque, et que, grâce à l'ambiguïté sexuelle passagère, il se soit forgé, avec le concours de facteurs psychogènes, des troubles durables de l'instinct.

b) *Timidité sexuelle par superdifférenciation de l'instinct. — Ses rapports avec le complexe d'Œdipe.*

En face de tous ces cas dans lesquels la timidité s'édifie sur des bases d'infériorité, il existe un autre groupe de timides, beaucoup moins connu, et chez lesquels la peur d'aimer est due au contraire à une situation de supériorité de l'instinct, à sa différenciation exagérée, en somme, à un véritable « complexe de supériorité » sexuelle. Son attitude est donc exactement l'inverse de celle des timides que nous avons étudiés précédemment. Ceux-ci, les timides inférieurs, considèrent l'amour comme une forteresse inexpugnable pour leurs pauvres forces.

Ceux-là, les timides supérieurs, le considèrent comme un jardin ouvert et propice dans lequel un scrupule de l'instinct, un sentiment d'excessive délicatesse, et seulement cela, empêche d'entrer et de posséder.

La différenciation de l'objectif sexuel, indifférencié à ses débuts, s'opère tout d'abord dans le sens que le sexe similaire perd son pouvoir d'attraction, qui se transfère exclusivement aux individus de sexe

contraire : elle devient donc hétéro-sexuelle. Ensuite, l'impulsion se spécifie encore davantage et se concentre sur un *type spécial* d'individu de ce sexe; groupe qui, dorénavant, sera le préféré, l'attraction perdant en grande partie sa vertu à l'égard des individus qui n'en font pas partie; attraction donc émoussée, qui ne s'exerce dorénavant, qu'en cas de besoin, de « faim sexuelle » urgente et d'impossibilité de la satisfaire dans le groupe préféré. Enfin, la différenciation devient de plus en plus exclusive et, dans ce groupe, l'objectif arrive à se concentrer en un seul individu dont la rencontre pousse à l'extrême la différenciation de l'attraction érotique. Si cette différenciation s'accroît, c'est-à-dire si les circonstances qui conditionnent le réflexe érotique et qui finissent par être nécessaires à son déclenchement, vont en se spécifiant, on arrivera à la création d'un type absolument individualisé de l'objet sexuel : une seule femme donnée, en dehors de laquelle le reste du sexe ne causera qu'un intérêt circonstanciel et secondaire. La découverte de ce prototype donne lieu à l'amour monogamique permanent, qui représente par conséquent le plus haut degré de perfection de la sexualité humaine; comme elle suppose le maximum de raffinement de la libido, et, par suite, le degré le plus éloigné de la sexualité *générique* ou cynique. Mais, si ce processus de différenciation arrive à un degré extrême, on court le risque de tomber dans une autre *anomalie* sexuelle excessivement fréquente, qui est la *timidité*.

En effet, si l'idéal érotique se spécifie à l'excès, il peut se métamorphoser en un idéal sans humanité possible, et l'homme courra de femme en femme sans jamais trouver cet idéal en harmonie avec sa libido. C'est le cas par exemple, de Frédéric Amiel, que quelques-uns comparent, à tort, à Don Juan. Ils se ressemblent, par le seul fait de la longue liste de leurs amours. Mais ce vagabondage est, pour Amiel, la poursuite douloureuse et toujours vaine d'un idéal trop défini; tandis que chez Don Juan, elle est, au contraire, une aptitude cynique et indifférenciée à se satisfaire avec toutes sortes d'objectifs érotiques. La timidité serait donc dûe, dans ce cas, à une véritable forme de fétichisme, sauf que la libido du timide, au lieu d'être conditionnée par un détail isolé, facilement atteint, comme un soulier ou une splendide chevelure, exige un ensemble de qualités tellement différenciées, qu'elles convertissent la femme en un fantôme qui n'a plus rien d'humain.

On pourrait, en somme, définir la timidité comme un « fétichisme de l'idéal », ce qui la place à un degré d'ultra-perfection de la sexualité masculine. Chaque détail physique ou psychique de la femme possédée et aimée, se convertit en une nouvelle condition favorisant le réflexe amoureux; mais qui, en même temps, la localise exclusivement en elle. Ainsi s'explique que, dans ces cas, l'amour avec une autre femme devient impossible, même physiquement. Ainsi s'explique aussi que cet amour persiste à l'éton-

nement des gens superficiels, jusqu'aux âges où ont disparu (aux yeux des autres, mais non pas pour l'instinct de l'amant) les charmes de l'aimée.

Ces formes superdifférenciées de l'instinct prennent naissance pour la plupart dans l'enfance, par un mécanisme analogue à celui du conditionnement des réflexes (c'est-à-dire des émotions initiales de la vie sexuelle et on se demande pourquoi chez l'enfant il se produit une confusion intime des tendances tendre et érotique et, pourquoi, se tournent-elles vers la mère. Mais pourrait-il en être autrement? Il est tout naturel d'admettre que le premier élan tendre, le premier sentiment d'amour que l'enfant éprouve, soit aiguillé vers la mère.

C'est elle que l'enfant trouve sans cesse près de lui pour le soigner et le nourrir, le protéger et lui apporter la chaleur de son corps et de son âme.

Mais cette intimité constante, éveille précisément chez cet enfant, les premières sensations voluptueuses qui, elles aussi, auront cette mère pour objet. On comprend aussi, que les sentiments tendres, affectueux et érotiques, soient étroitement liés, confondus même, et qu'ils le restent à jamais.

Le développement normal des réflexes amoureux et la satisfaction matérielle et psychique de l'instinct, ne sera possible, dans la vie ultérieure, que sous les auspices de cette première image. Il est certain que l'idéal de notre libido, que nous tous portons en nous,

dans notre intérieur, plus ou moins individualisé, s'est formé avec des impressions infantiles.

Même avant les études de Freud, l'expérience historique et littéraire était remplie d'exemples caractéristiques, que n'importe qui, d'ailleurs, peut confirmer dans le plus profond de sa propre préhistoire infantile.

Ce conditionnement de l'activité sexuelle ultérieure, par une énergique impression primitive, peut être si intense, qu'il se convertisse en un véritable cas de fétichisme.

De même qu'il existe des exemples franchement pathologiques d'hommes qui sont obligés d'associer leur amour à l'image ou au souvenir d'un soulier, il existe également d'autres individus, chez qui, cette condition, *sine qua non* pour aimer, n'est pas un simple détail, mais un individu possédant des caractéristiques physiques et spirituelles si précises, qu'elles le convertissent en un fantôme inaccessible.

C'est pour cela que le professeur Marañón a classé ces stades de timidité supérieure, sous le nom de « fétichisme de l'idéal ».

Nous venons de voir que les sensations, qui dans l'enfance conditionnent de cette façon les réflexes sexuels de l'enfant, sont d'habitude liées à ses familiers de l'autre sexe et, en particulier, à la mère, lorsqu'il s'agit d'un homme. Nous nous rencontrons donc avec la psychanalyse et le complexe d'Œdipe que

personne, à l'heure actuelle, par quelque préjugé scientifique ou moral ne peut nier, même si on l'accepte avec plus ou moins d'atténuation.

Au fond de l'expérience de toute observateur de la vie, se trouve un fait indubitable : celui qui, chez un certain nombre d'hommes, fait que l'image de la mère se fixe, dans sa plus tendre enfance, à sa vie affective et y crée un idéal de femme, semblable ou identique au maternel et qui conditionne très puissamment la future existence de son instinct.

Cet homme, sans s'en apercevoir et sans sortir de l'attitude la plus noble de son âme, ne pourra aimer que de femmes qui ressemblent à sa mère et c'est seulement s'il les trouve, qu'il aura rencontré son idéal tant désiré.

Dans le cas contraire, il courra de femme en femme, occupé sans cesse à une poursuite amoureuse. L'objet parfait, seul capable de le satisfaire, lui demeure inaccessible, la femme idéale n'étant pour lui que le reflet de l'image maternelle.

En dernière analyse, la fixation si fréquente des premières émotions instinctives chez la mère, crée habituellement le type d'homme à objectif sexuel idéalisé; idéal qu'il cherchera sans trêve et sans succès.

C'est le timide de la caste supérieure. La déviation de l'instinct vers l'homosexualité, comme conséquence du complexe d'OEdipe et sur laquelle Freud insiste, semble moins fréquente et peut se produire

seulement chez des individus possédant une énergique prédisposition intersexuelle et non pas chez les hommes normaux.

Il y a d'autres mécanismes qui peuvent créer également l'individualisation excessive phantasmale de l'objectif sexuel, mais il est certain que, dans la plupart des cas, cette situation et la forme de timidité qui en découle, se trouvent très rapprochées du complexe d'Œdipe.

CHAPITRE VIII

L'HOMOSEXUALITE

C'est une déviation sexuelle des plus importantes de par sa fréquence, son intérêt historique, social et psychologique. Certains observateurs semblent incliner à considérer la fréquence actuelle des cas d'homosexualité comme une transformation fortuite et passagère des mœurs. D'autres pensent qu'il est plus probable que ce n'est pas le nombre d'homosexuels qui a grandi mais plutôt la notoriété de leur anomalie. Les réactions provoquées par cette déviation ont varié de façon assez curieuse à travers l'histoire. On sait que si chez les Hébreux elle était durement condamnée, par contre chez les Grecs, loin d'attirer la moindre réprobation, l'inversion était cultivée et prônée comme une vertu. Chez les Romains, quoique la tolérance fut de règle dans l'ensemble, à certaines époques l'amour

homosexuel fut réprouvé. Le Moyen Age a pratiqué d'une façon curieuse, tantôt une grande sévérité, tantôt une grande indulgence. D'autre part, il existe encore aujourd'hui des populations parmi lesquelles (Turcs, Arabes, Chinois) l'homosexualité est admise au même titre que l'hétérosexualité — à peu de choses près. Par contre, aujourd'hui encore, le Code de certains pays, l'Allemagne, l'Angleterre, l'Italie, la Suisse punit comme un crime l'acte homosexuel.

En France, l'homosexualité, ainsi d'ailleurs que toute autre perversion sexuelle, n'est poursuivie qu'en tant qu'*outrage aux mœurs*, c'est-à-dire seulement si elle est pratiquée devant des tiers non consentants. Néanmoins, malgré la grande diffusion de l'inversion, et de la liberté relative dont elle jouit, l'homosexuel de nos jours reste en désaccord avec le milieu social et ne peut se sentir qu'amoindri. Parfois, cependant, il réagit pour compenser cette infériorité et réussit (à ses yeux tout au moins) à se faire de son vice une qualité rare, dont il fait l'apologie (Corydon).

Tous ces faits expliquent le grand nombre de travaux concernant l'inversion, sa psychologie et son étio-
logie particulièrement.

Il a fallu attendre jusqu'en 1870 pour rencontrer dans la littérature médicale la première observation, scientifiquement rapportée, d'inversion sexuelle. A cette occasion Westphal sut rompre avec l'opinion générale en ne rattachant ni au vice, ni à la folie la disposition innée qu'il décrivit sous le nom d'« inver-

sion sexuelle congénitale, avec conscience du caractère morbide de ce phénomène ». Plus tard, Magnus Hirschfeld distingue quatre types caractéristiques de transition intersexuelle dont le quatrième est l'Hermaphroditisme psycho-sexuel pris dans le sens général d'homosexualité logiquement rattaché au domaine intersexuel. « L'idée de comprendre l'homosexualité dans les états intersexuels suppose un très grand progrès dans notre conception de cette anomalie de l'instinct. » Ainsi s'exprime le professeur Marañon pour qui, dans cet historique, « la période véritablement scientifique commence avec Hirschfeld ». Examinant les facteurs primordiaux de l'homosexualité, Marañon les restitue à deux ordres de phénomènes, d'ailleurs entre eux étroitement liés : les sécrétions internes (facteur endocrinien) et la bisexualité primitive de l'organisme (*facteur chromosomal*). Brochant sur le tout, un troisième élément, le facteur *psychologique*, prend chez l'homme une importance qui ne doit pas rester méconnue.

C'est pour n'avoir développé qu'un seul de ces trois facteurs, que la théorie panhermaphroditique de Letamandi (1894) demeura presque complètement sans écho jusqu'à ce que Steckel eut, de la bisexualité primitive de l'organisme, tiré l'origine de l'inversion, par prédominance de la tendance homosexuelle sur l'hétérosexuelle, celle-ci restant néanmoins latente et apte à reparaitre temporairement. Depuis lors la fréquence reconnue de l'intersexualité organique a paru justifier cette proposition que « la majorité des êtres humains,

probablement tous, auraient une aptitude primaire pour l'homosexualité qui, plus tard, se développerait ou non ».

Mais en fait, dans la grande majorité des cas, ce développement n'a pas lieu. C'est la preuve pour Marañon que « si la bisexualité hormonale est une condition nécessaire pour le développement de l'homosexualité, elle ne suffit cependant pas » à la produire. A cela s'ajoute le fait qu'ordinairement chez l'inverti, « le trouble fonctionnel est beaucoup plus intense que la perturbation anatomique » : constatation que Marañon interprète en faveur du « rôle primordial que nous devons attribuer à la coopération de facteurs psychologiques » dans la pathogénie de l'inversion sexuelle. C'est donc, en dernière analyse, à un point de vue psychobiologique qu'aboutissent les plus récentes et les plus autorisées interprétations de l'homosexualité.

Tenant compte de ces données et de ce que nous avons vu dans les chapitres antérieurs, nous pouvons donc étudier une première forme d'homosexualité dérivant de facteurs organiques d'intersexualité avec collaboration de facteurs psychiques, et une autre forme, fausse, résultant d'un complexe homosexuel créé à la faveur de l'intersexualité pubérale.

a) HOMOSEXUALITÉ DUE A DES FACTEURS ORGANIQUES D'INTERSEXUALITÉ

La théorie intersexuelle de l'homosexualisme, par opposition aux théories exclusivement psychologiques

d'après lesquelles il s'agit d'un état dégénératif pur, se fonde sur les faits suivants :

1° La libido, synthèse extrêmement complexe d'énergies organiques et psychiques, est une force déclenchée, à l'origine, par un phénomène chimique, hormonal, à savoir : l'incrétion testiculaire chez le mâle et l'incrétion ovarienne chez la femelle. De telle sorte que, si l'on change, dans un organisme, au moyen de greffes hétérosexuelles, les glandes germinales, l'instinct aussi changera, la tendance vers le mâle apparaissant chez le mâle greffé d'ovaire et la tendance vers la femme, chez la femme greffée de testicule.

2° Steinach crut avoir trouvé dans le testicule des invertis, la preuve décisive de cette bisexualité de la gonade. D'autres auteurs n'ont pas constaté ce phénomène. Mais il est nécessaire de se bien pénétrer de la notion que le fait de ne pas déceler avec les méthodes histologiques actuelles la bisexualité de la gonade, ne veut pas dire qu'elle n'existe pas. L'incrétion est, en effet, un phénomène chimique dont on ne connaît qu'imparfaitement les rapports avec les données histologiques. Dans l'avenir, peut être l'étude des hormones dans le sang nous apportera-t-elle la solution directe de ce problème.

3° Différents auteurs, Marañon, Steinach et Lichtenstern entre autres, ont essayé de combattre l'homosexualité en substituant aux testicules de l'inverti ceux d'un homme normal ou en lui greffant du testicule de

singe, selon la technique de Voronoff. Il y a eu des résultats heureux quoique encore sujets à critiques.

4° Il est évident que chez un grand nombre d'homosexuels, on peut découvrir en même temps que l'inversion de l'instinct, une inversion parallèle significative des caractères somatiques. En général, l'inversion de la libido ne coïncide pas avec les formes de l'inversion organique (hermaphrodisme, pseudohermaphrodisme, virilisme et féminisme très accentués), mais avec leurs formes discrètes. Chez l'inverti ce ne sont donc pas les grands syndromes qu'il faut chercher mais *les petits signes d'intersexualité*. Chez un nombre considérable d'homosexuels, le professeur Marañon a constaté que le *squelette* montre parfois des altérations variées, de nature hétérosexuelle.

Les *dents* présentent souvent les « modalités féminoides », décrites par Dobrowski, c'est-à-dire un développement exagéré des incisives médianes par rapport aux canines.

Le *système pileux* affectait une disposition féminoides dans 75 % d'homosexuels (rareté ou absence de pilosité sur le torse et les jambes, barbe rare, implantation féminoides des cheveux sur le front et la nuque, retard excessif de la poussée des poils, etc...).

D'autres fois, au point de vue trichosique, l'homosexuel était normal ou très fortement velu; mais même dans ces cas l'apparition de son système pileux fut très tardive.

La *voix* est fréquemment une voix de ténor bien

qu'elle puisse aussi être, éventuellement, d'un registre grave. Mais même dans ces cas ces individus eurent, dans leur puberté et leur jeunesse, la voix très aiguë et souvent étudièrent le chant. On observe donc pour la voix le même développement tardif que l'on vient d'indiquer pour le système pileux. Bloch cite des cas analogues et dit textuellement que « le changement de voix, chez l'homme homosexuel, ne se produit pas ou se produit très tard ». « D'autres homosexuels dont le timbre ne se modifie pas de lui-même, peuvent, à force d'exercices, le rendre plus grave. *La peau* est généralement délicate et fémininoïde, même dans les cas d'abondante pilosité. Enfin, chez un très grand nombre d'homosexuels, les caractères fonctionnels du sexe (en dehors de l'instinct) montrent une tendance invertie manifeste, accompagnée ou non des signes somatiques d'inversion qu'on vient d'énumérer.

Les *manières, gestes et attitudes*, celles des *maines surtout* dont l'accent sexuel est indiscutable, sont particulièrement caractéristiques. Ces signes sont si typiques qu'ils suffisent, dans bien des cas, à révéler l'anomalie de l'instinct ou à nous mettre sur sa piste. Il faut remarquer que ces attitudes ou gestes de l'homme homosexuels ne correspondent pas exactement à ceux de la femme; ils sont, pour ainsi dire, plus stylisés, arrivant parfois à les caricaturer; c'est pourquoi ils sont si faciles à imiter.

Chez un certain nombre d'homosexuels, l'apparence invertie s'affiche par l'adoption de vêtements,

atours et maquillages seyants au sexe contraire. A côté de ces homosexuels à signes plus ou moins apparents d'intersexualité physique, *il y en a d'autres chez qui même un examen prolongé ne parvient pas à découvrir la moindre trace d'intersexualité.* Il faut le reconnaître, mais avec la restriction que pas mal d'invertis considérés comme normaux physiquement ne le sont qu'à un simple examen superficiel, *mais non à une analyse détaillée de leur sexualité.* De toutes façons on peut affirmer *que les deux tiers au moins des invertis présentent des signes physiques d'intersexualité.* Mais on n'a pas résolu le grand problème de l'homosexualité quand on a dit que la perversion de l'instinct coïncide avec un substratum organique de bisexualité. Le problème est beaucoup plus complexe que ne ferait supposer le schéma expliquant l'inversion, chez l'homme par l'existence d'une hormone féminine qui d'ailleurs ne pourrait pas à elle seule produire l'homosexualité s'il n'y avait d'autres facteurs qui collaboraient et que nous allons maintenant étudier. En parlant de la timidité nous avons décrit comment s'opérait la spécification de l'objectif sexuel normal. Ainsi comprise nous pouvons maintenant essayer d'expliquer la genèse de l'objectif sexuel anormal ou homosexuel. En premier lieu il peut arriver que, par indifférenciation anatomique de la Gonade, l'orientation spécifique de la libido ne se réalise pas, et qu'elle reste à l'état indifférencié, tout à fait analogue à celui qui présente la sexualité chez les enfants. Et à partir de ce moment la sexualité

des invertis, dans la plupart des cas, ressemble moins à la sexualité féminine qu'à cette *sexualité infantile* avec sa tendance polymorphe et l'indétermination de son objet. Même dans la psychologie et les caractères généraux de l'inverti, il y a, fréquemment, beaucoup de puérilisme. D'accord avec tout ceci, les anomalies anatomiques que l'on a décrites chez les mâles homosexuels, peuvent aussi bien être qualifiés de fémininoïdes que d'infantiles. De même l'objet érotique de presque tous les homosexuels n'est pas précisément l'homme en tant que prototype viril, mais plutôt l'éphèbe, l'adolescent avant sa complète détermination sexuelle.

Dans toutes les descriptions de la beauté physique, faites par des homosexuels, depuis Platon jusqu'à Oscar Wilde, c'est cette morphologie de l'éphèbe qui est louée par sa perfection et presque dans toutes on fait allusion, avec dégoût, aux détails physiques de la femme qui ont trait à la maternité; par exemple à la largeur des hanches qui semble monstrueuse à l'homosexuel et au contraire est un de traits de la beauté féminine qui, pour l'homme à libido normale, a le plus de séduction.

L'impulsion sexuelle de l'inverti masculin se différencie de l'impulsion féminine pure — et à ce point de vue de la sexualité infantile aussi — par une particularité du plus grand intérêt : la libido féminine est normalement passive; elle est un centre d'attraction pour la libido active de l'homme. Or, non seulement la libido de l'homme homosexuel est active, mais l'est

souvent plus que celle du mâle normal. La classification habituelle en homosexuels actifs et passifs ne correspond pas tout à fait à la réalité. Les invertis à libido entièrement passive sont, presque toujours, plutôt des prostitués que de véritables invertis.

A ce retard de la différenciation de la libido que Marañon considère comme essentiel dans la genèse de l'homosexualisme, s'ajoutent les mêmes facteurs normaux qui conditionnent le réflexe érotique, mais qui, alors, agissent en sens contraire. Des aveux de beaucoup d'invertis intelligents, Marañon conclut qu'effectivement un élément essentiel dans la genèse de leur inversion fut cette association — accidentelle peut-être — *du prototype viril* à leurs premières expériences amoureuses. Dans ce cas, le réflexe érotique reste constamment influencé par les accidents physiques ou psychiques de la virilité. Ainsi s'engendre l'homosexualité de la même façon que s'engendrerait, d'après Lipschutz, le fétichisme.

Mais évidemment, il est peu probable que ceci puisse arriver en dehors des cas de bisexualité organique accentuée, et cette explication diffère, en ceci, de celle de beaucoup de psychiatres qui *incriminent* seulement les influences psychogènes. Pour nous ce seront tantôt les facteurs constitutionnels qui prédomineront, tantôt les facteurs psychiques. *Mais il faut admettre, dans tous les cas, la coopération des uns et des autres.*

Il ressort de ce qui a été dit, que, donnant toute

sa valeur à la prédisposition intersexuelle, c'est cet ensemble de circonstances extérieures, psychologiques, agissant d'une façon éventuelle, mais efficiente, qui détermine, du moins dans la majorité des cas, la conduite érotique ultérieure de l'individu. Non seulement les circonstances orientent l'organisme, à prédispositions ambivalentes, dans le sens normal ou anormal, mais elles peuvent faire dévier celui qui est légèrement prédisposé, en un sens anormal, et, inversement, peuvent remettre dans le droit chemin celui qui avait une prédisposition invertie; c'est ainsi que nous voyons respectivement, des hommes à sexualité apparemment normale, dont l'érotisme est homosexuel, et des hommes doués d'un puissant fond organique d'intersexualité, dont la libido se développe correctement; selon que les suggestions déterminantes ont été anormales dans le premier cas ou normales dans le second.

Nous déduirons, en parlant de l'influence pédagogique de la puberté, l'énorme importance pratique de cette notion.



L'influence de l'*attitude narcissiste* est considérable aussi dans la genèse de l'homosexualité, dont le narcissisme est, selon Freud, un des éléments constants.

Le passage de la propre surestimation sexuelle à l'estimation érotique d'autres individus du même sexe

est facile et s'opère insensiblement. Ceci est une des raisons pour lesquelles la femme chez qui le narcissisme est beaucoup plus fréquent que chez l'homme, est aussi plus sujette à l'inversion.

Le narcissisme se lie à une manifestation extrêmement fréquente, chez l'enfant, qui est la masturbation, dont le plus important des nombreux dangers qu'elle comporte est que ce moyen de satisfaire un obscur érotisme infantil ne se transforme en culte invétéré de soi-même, grâce auquel le réflexe érotique se conditionnera sous une influence homosexuelle. Ce sens homosexuel de la masturbation devient particulièrement évident dans les cas qui s'accompagnent d'excitations anales qui sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le croit, mais qui figurent rarement dans les confidences des intéressés.

Une autre cause, d'après Adler, qui pousserait beaucoup de prédisposés vers l'homosexualité serait la peur de la femme, peur motivée généralement par les échecs éprouvés au cours des premiers rapports amoureux ou par la crainte d'être contaminé ou bien encore par une inquiétude d'ordre économique, à l'idée de la procréation possible d'une nombreuse famille, etc... Mais dans maintes circonstances, ces arguments sont autant de prétextes qui servent à dissimuler une instabilité formellement sexuelle.

Pour Havellock Ellis un autre phénomène favorisant l'éclosion de la perversion chez les homosexuels latents, est le chagrin d'amour; le sentiment d'aversion

envers le sexe féminin, engendré dans la rancune ou la désillusion causée par un dépit amoureux.

Il est plus que probable que cette forme sentimentale de l'échec sexuel a infiniment moins d'importance dans la genèse de l'homosexualité que l'échec organique que nous venons de citer plus haut. L'échec sentimental inspire cette hostilité méprisante, vis-à-vis de la femme, si fréquente chez l'homme aigri, mais compatible avec une libido normale, dont l'expression pratique est la polygamie habituelle ou la misanthropie solitaire. Elle ne peut conduire à l'homosexualité que des sujets très prédisposés organiquement. Cet ensemble de données montre très clairement le rôle décisif que jouent les influences externes (nous étudierons plus loin le rôle de la séduction et de certaines influences familiales), dans la production des états homosexuels, et, en même temps, la facilité avec laquelle ils peuvent s'implanter, non seulement chez des individus isolés, mais dans des grands groupements d'individus, car la prédisposition intersexuelle est très répandue dans le genre humain.

On voit ainsi que, parfois, l'inversion se propage par poussées épidémiques, sous l'influence d'exemples dépravants, comme cela arrive pour les cas bien connus d'homosexualisme collectif dans les collèges, prisons, casernes, etc..., et ils peuvent même finir par donner l'impression de mœurs presque normales, comme c'était le cas au temps des Grecs.

Dans l'accroissement momentané de l'inversion

actuelle, il y a aussi un élément contagieux de *snobisme* et de mode (surtout de mode littéraire) beaucoup plus profond qu'on ne le croit, en rapport évident avec la décadence de la civilisation moderne, et qui, par suite, s'amendera certainement avec le temps.

Il nous reste à savoir pour finir avec cette catégorie d'homosexualité, si on peut parler d'homosexualité congénitale ou acquise, classification qui fut particulièrement soutenue par Kraft-Binc qui supposait, chez les congénitaux, une base de dégénérescence nerveuse.

En raison de ce qu'on vient d'exposer, on ne saurait admettre cette division classique des homosexuels car *tous sont à la fois congénitaux et acquis*. A l'époque actuelle où l'orientation de la médecine porte à accorder tant d'importance à la « constitution », il est inadmissible de supposer qu'une altération, aussi étroitement liée aux activités profondes de la psychologie et de l'instinct que l'inversion, puisse se développer sans avoir, pour base, une prédisposition innée.

Mais on a déjà vu que les causes déterminantes du milieu ont, de leur côté, une influence décisive sur l'apparition ou l'inhibition de cette tendance. Le fait que la perversion se manifeste au début ou au cours de la vie — critérium qui doit servir à distinguer l'inverti congénital de l'acquis — dépendra uniquement de l'intensité relative avec laquelle agiront les deux facteurs de l'inversion : *le facteur constitutionnel*

et le *facteur occasionnel*. C'est-à-dire qu'un sujet, doué d'une forte dose constitutionnelle d'intersexualité, révélera, dès l'enfance, l'altération de son instinct; et un autre, d'intersexualité organique latente, ne se montrera pas à nous comme inverti, jusqu'à ce qu'agissent avec vigueur les causes déterminantes du milieu. Le premier pourra cependant, malgré la tendance congénitale, ne jamais devenir un homosexuel, si les influences externes sont contraires à la perversion; et c'est ainsi que nous voyons beaucoup de sujets, à morphologie et même à psychologie nettement intersexuelles, dont la libido, grâce à l'action bienfaisante et protectrice du milieu, se développe normalement. En échange il y a des sujets très peu prédisposés organiquement qui peuvent s'invertir, dès leur jeune âge, en vivant dans un milieu riche en suggestions, telles que celles précédemment exposées.



De tout ceci il s'ensuit que tous les cas d'homosexualité virile restent compris dans un seul groupe. On peut faire de cette anomalie, toutes les classifications cliniques qu'on voudra; mais la base pathogénique ne varie pas : *une sexualité attardée, de polyvalence infantile, qui, en raison des circonstances externes, oriente son énergie érotique dans une direction homosexuelle et dans ce sens, donne à son objectif différentes formes*. On s'explique ainsi que quelques

invertis (la majorité) choisissent l'éphèbe comme objet érotique; d'autres, le type franchement viril, d'autres encore, n'importe lequel des deux, indistinctement, et d'autres enfin arrivent à ce que leur tendance homosexuelle s'accommode de rapports hétérosexuels. Cette variété bivalente ou hermaphrodique de l'homosexualité, s'observe en général chez des sujets dont la tendance homosexuelle coïncide manifestement avec des circonstances étiologiques fovorisantes : séduction, alcoolisme, cocaïnisme, carence de femmes faciles, etc...; le penchant normal, hétérosexuel, réapparaissant lorsque ces circonstances dépravautes disparaissent.

*b) HOMOSEXUALITÉ DUE A UN COMPLEXE HOMOSEXUEL
CRÉÉ A LA FAVEUR
DE L'INTERSEXUALITÉ PUBÉRALE*

Certaines des influences, les unes déterminantes, les autres inhibitrices de cette homosexualité, s'appliquent également à la forme que nous venons d'étudier. Mais il faut avant tout remarquer la grande importance de séparer ces deux formes d'homosexualisme, celle que nous allons étudier étant une forme fausse qui prend naissance sur un syndrome d'intersexualité pubérale par suite de toute une série d'influences exogènes.

Nous avons vu en étudiant les syndromes de l'intersexualité pubérale, et particulièrement l'adiposité et l'hypogénitalisme transitoire, que les garçons atteints

de ce syndrome présentent une sexualité qui se réveille aussi tard que leur développement somatique est tardif. Et que ce retard même de la réaction spécifiquement virile les laisse dans une *position intermédiaire entre infantile et féminine*, sans défense contre les suggestions pernicieuses d'autres jeunes gens ou de personnes adultes, de sexualité anormale, qui trouvent précisément un excitant spécial dans leur *morphologie équivoque, androgynoïde*. En somme, *non par perversion active mais par une passive réceptivité à la séduction, ces adolescents modèlent facilement leur instinct dans des moules anormaux et finissent par fournir un contingent important de recrues à l'homosexualité.*

Dans ce sens on ne recommandera jamais trop d'intensifier la surveillance de la vie des collèves et particulièrement des internats. Il y a des circonstances qui font que l'internat s'impose, mais en dehors de ces cas, il est évident que les parents qui mettent leurs fils dans des collèves d'internes, peut-être pour des raisons qui cachent un banal égoïsme, ignorent ou ne réfléchissent pas assez à la responsabilité qu'ils assument. On doit également accorder beaucoup d'importance à l'influence, fréquemment signalée, de l'ambiance maternelle trop prolongée et trop intense sur l'adolescent. Beaucoup d'invertis sont fils uniques; et d'autres, derniers rejetons d'une longue série d'enfants. Dans un cas comme dans l'autre, l'emprise directe et inconsciente de la mère prend un ascendant excessif sur le fils qui, de son côté, s'habitue à vivre dans l'ambiance

maternelle et dans la société des amies de celle-ci. On continue, lorsqu'il est déjà grand, à lui faire porter des vêtements, des parures et des chapeaux d'enfant. Il y a beaucoup de mères assez dépourvues de bon sens pour s'enorgueillir, quand on leur dit que leurs fils « ont l'air d'une fille », équivoque qu'elles entretiennent intentionnellement, en parant leur enfant de cheveux bouclés, de rubans, de jupes, etc..., se vantant, comme d'un triomphe, de lui avoir conservé cette apparence féminine jusqu'à tel ou tel âge. En matière de sexe qui est un problème très délicat, « c'est l'habit », contrairement au proverbe, « qui fait le moine ».

Au point de vue sexuel, l'apparence est très importante car une grande partie des valeurs qui sont intégrées dans la sexualité sont des valeurs apparentes. A cette influence de l'entourage peut s'ajouter celle déjà indiquée et que signale Freud, c'est-à-dire la fixation primaire de la libido sur la mère, qui se transmet ensuite à l'enfant lui-même, donnant naissance à un état de narcissisme où l'homosexualité prend facilement racine.

A côté de ces influences exogènes qui agissent sur la détermination homosexuelle et dont nous avons passé en revue un bon nombre dans le chapitre précédent, il existe fort heureusement *d'autres influences, inhibitrices*, contraires à l'homosexualité. Leur existence est évidente. Une ambiance franchement virile, dans l'enfance, le manque de séductions homosexuel-

les, la normalité et le succès des premiers rapports sexuels, la bonne fortune en amitiés féminines, etc... produisent un effet aussi immunisant pour la tendance inversive que favorable à la normale. Ils conditionneront, en somme, le réflexe érotique correctement. Et à ces mobiles, il faut ajouter les influences, souvent décisives, d'ordre social, éthique, etc., qui contribuent à dénigrer l'homosexualisme et à exalter et ennoblir l'amour hétérosexuel.

Il est hors de doute que toutes ces causes peuvent préserver, non seulement du léger penchant à la perversion de la plupart des hommes, mais aussi des fortes tendances homosexuelles des prédisposés.

CHAPITRE IX

INFLUENCE PEDAGOGIQUE ET MORALE DE LA PUBERTE

Dans les deux chapitres précédents, nous avons vu que non seulement les circonstances orientent l'organisme, à prédispositions ambivalentes, dans le sens normal ou anormal, mais qu'elles peuvent aussi faire dévier celui qui est légèrement prédisposé en un sens anormal. Inversement elles peuvent remettre dans le droit chemin celui qui avait une prédisposition invertie. On en déduit qu'en pratique l'importance que peut avoir l'éducateur, dans la conduite sexuelle de l'individu, est de premier ordre. *Ce rôle de l'éducateur devient très délicat à un moment donné : l'époque de la puberté.* Durant la puberté, non seulement il existe une indétermination physiologique (ce qui arrive toujours) de l'objet sexuel, mais un très grand nombre de garçons, à cette période critique, passent par une

phase d'influence fémininoïde, plus ou moins intense et plus ou moins longue, prélude de la véritable puberté virile. *C'est durant cette phase équivoque que s'engendrent ou se précisent la plupart des perversions sexuelles*; moment où se conditionne le réflexe érotique, dans le sens hétérosexuel ou dans le sens homosexuel; le moment enfin que l'on peut appeler *l'âge critique de l'homme* aussi justement qu'on appelle la ménopause *l'âge critique de la femme*. Toute l'influence pédagogique doit tendre à développer, de bonne heure, les tendances viriles du garçon : faire en sorte que l'enfant, en vue de la lutte pour la vie, pour laquelle il a été créé, se fortifie par un entraînement constant et méthodique, à la fois de culture intellectuelle et de culture physique.

Faire en sorte qu'il occupe, au foyer, la place qui lui correspond biologiquement : sans être l'objet d'une tendresse excessive de la part de sa mère; sans se transformer non plus, comme il arrive si souvent, en un petit seigneur féodal des femmes de la maison.

L'élever comme il est naturel, au milieu de camarades de son âge et d'enfants du sexe contraire et qu'il apprenne, dès ses débuts, à ne pas considérer l'amour comme l'attitude obligatoire à prendre devant une femme et à ne pas le confondre avec l'amitié et la camaraderie.

Faire en sorte que le sexe ne soit pas pour l'enfant un mystère hérissé de péchés et de dangers; et sa virilité un mythe héroïque. Eviter, si possible, et, en tout

cas, quand la conduite psychosexuelle de l'enfant est douteuse, les camaraderies de l'internat. Quant aux rapports sexuels, disons tout de suite que le conflit de la puberté, quelles que soient les formes qu'il revête, se ramène au fait qu'il existe une dissociation entre le phénomène de la pleine maturité sexuelle survenant vers la quinzième année et l'impossibilité économique et idéologique de créer pour cet âge le cadre légal exigé par les sociétés actuelles pour les rapports sexuels, le mariage.

Telle est la difficulté fondamentale à laquelle viennent s'ajouter de nombreuses autres comme par exemple les effets de l'éducation antisexuelle des enfants.

La société primitive ne connaît pas de misère sexuelle des jeunes. Au contraire. Tous les récits émanant soit de missionnaires catholiques, soit de savants sérieux, signalent le fait que les rites de la puberté initient l'adolescent à la vie sexuelle dès le début de la maturité sexuelle; que dans maintes de ces sociétés primitives on consacre une grande attention à l'éducation sexuelle; que l'initiation à la puberté est un événement social important, que de nombreux peuples primitifs, loin d'entraver la vie sexuelle des jeunes, la développent au contraire par tous les moyens, en construisant par exemple des maisons communes où entrent les jeunes pubères pour se livrer aux rapports sexuels. De même, dans la société primitive où existe déjà l'institution de l'union monogamique, les jeunes, entre

leur maturité sexuelle et leur mariage ont le droit de se livrer en toute liberté aux relations sexuelles. La dissociation chronologique entre la maturité sexuelle et la satisfaction génitale ne s'y produit pas.

L'expression la plus saillante de la misère de la puberté est l'*onanisme*. Sauf les cas pathologiques il est uniquement et exclusivement un succédané des rapports sexuels absents. Contre lui l'Eglise et les médecins sexologiquement non avertis et moralement prévenus, jettent feu et flamme sans réfléchir que cette lutte contre l'*onanisme* ne fait qu'aggraver la misère sexuelle en accentuant les sentiments de culpabilité.

Etablissant des « normes morales » pour la vie sexuelle, nos sociétés exigent de l'adolescent une chasteté absolue avant le mariage. Elles condamnent aussi bien le rapport sexuel que la masturbation. On affirme encore que la continence des jeunes est indispensable sous peine de voir diminuer la production sociale et intellectuelle. On s'appuie en l'occurrence sur la théorie de Freud selon laquelle la production sociale et intellectuelle de l'homme est puissamment alimentée par l'énergie sexuelle détournée de son but primitif et consacrée à un but « supérieur ». Ce phénomène nous est connu sous le nom de sublimation. La théorie est juste et repose sur une abondante expérience clinique. Mais on a établi une opposition rigide entre la satisfaction sexuelle et la sublimation.

L'argument selon lequel la continence est nécessaire pour le développement social ne résiste pas à

l'observation élémentaire : on prétend que les rapports sexuels des jeunes dès l'apparition de la puberté diminueraient leur travail et leur production. Mais on oublie un fait sur lequel tous les sexologues modernes sont en parfait accord, c'est que *l'immense majorité des jeunes se masturbent*. L'argument en question perd donc toute sa valeur. Comment en effet le rapport sexuel serait-il nuisible à la production sociale alors que la masturbation ne l'atteindrait en rien ? Dans quelle mesure la masturbation se distingue-t-elle en *principe* du rapport sexuel ? Au surplus, l'onanisme, avec les conflits intérieurs qu'il provoque, n'est-il pas infiniment plus nocif que ne pourrait l'être une vie sexuelle ordonnée ? Ne distinguant pas la vie sexuelle normale de celle qui ne l'est pas, on ne peut pas voir leurs rapports respectifs avec la production sociale et la sublimation.

L'adolescent n'a par conséquent que quatre possibilités : continence totale, onanisme, activité homosexuelle ou rapports sexuels normaux.

Aux environs de la quatorzième année en moyenne, la sexualité entre dans une phase de haute activité par suite du travail accru du système endocrinien et de la maturation de l'appareil génital.

L'impulsion sexuelle est *naturellement* orientée vers le rapport génital. Si tant de jeunes ne suivent pas consciemment cette impulsion au rapport sexuel, ce n'est pas qu'il s'agisse d'une insuffisante maturité biologique mais de la *conséquence de l'éducation* qui

contraint au refoulement toute idée de cette nature. Une des conditions préalables de la continence est précisément le refoulement des idées sexuelles, en particulier de la notion d'acte sexuel.

Pour que la continence soit observée, il faut donc quelque chose de plus : le *refoulement de l'excitation sexuelle*. Ce refoulement procure une certaine période d'apaisement et offre en outre l'avantage d'éluder le conflit torturant de l'onanisme et la dangereuse lutte sociale contre le milieu, inévitable lorsque le jeune ressent le désir conscient, donc invincible, d'union sexuelle. Mais les inconvénients de la continence sont autrement plus grands que ses avantages. Les psychanalistes nous apprennent que l'excitation sexuelle trouve toutes sortes d'issues. Ou bien survient très rapidement un trouble nerveux, ou bien l'adolescent devient la proie de rêveries sexuelles qui le gênent considérablement dans son travail. Toutefois, pour qui ne veut pas voir les relations entre l'excitation sexuelle et la nervosité sous toutes ses formes, la continence n'est nullement nuisible ou même peut être observée dans la moyenne partie des cas. On se borne à constater que le jeune vit dans la continence, donc qu'il peut être continent; mais on perd de vue que la rançon en est une névrose et des difficultés variées. La thérapeutique psychanalytique enseigne que les cas les plus défavorables sont ceux où le sujet n'a jamais trouvé le courage d'aller jusqu'à la masturbation. Il a d'abord refoulé ses instincts, peut-être même avec succès pen-

dant un certain temps; il n'a pas exercé son appareil génital et, lorsqu'il est arrivé à un point tel que la société soit en droit d'être satisfaite, cet appareil génital se refuse à fonctionner, en quelque sorte comme s'il était rouillé.

La prédominance numérique de la frigidité féminine sur l'impuissance masculine, indique qu'il existe un lien interne entre l'onanisme plus rare et le refoulement sexuel plus profond de la jeune fille, d'une part, et son inaptitude à la vie sexuelle, d'autre part. On se garde bien de dire ces choses-là aux jeunes, même quand on ne les ignore pas. Quels motifs subsisteraient en effet pour préconiser la continence? On ne pourrait pas même faire appel au sport comme issue de la misère sexuelle. Car s'il est vrai que le sport est un très bon moyen d'atténuer l'instinct sexuel, il est non moins vrai que les sportifs aspirant à tuer complètement l'instinct sexuel par leur activité physique réussissent souvent si bien qu'ils ne peuvent plus dans la suite faire usage de leur sexualité.

On s'étonne toujours de voir combien il existe d'hommes robustes sportivement entraînés qui sont sexuellement atteints.

Ils ont plus ou moins fait du sport pour lutter contre leur sexualité. Mais comme à la longue ils n'ont pas pu épuiser toute l'excitation sexuelle sous forme d'efforts sportifs, ils ont dû recourir finalement au refoulement et en subir toutes les conséquences. Le sport est donc bien un moyen de diminuer l'excitation

sexuelle mais il est aussi peu apte à résoudre le problème sexuel de la jeunesse que n'importe quel autre moyen visant à tuer l'excitation sexuelle.

Nous n'avons rien à objecter à ce qu'une personne demeure continente au risque d'une affection psychique ou d'une diminution de sa joie de vivre. Nous n'édiction pas de formes déterminées de vie sexuelle. Mais à celui qui ne veut pas courir ces risques, nous faisons entrevoir une vie sexuelle ordonnée et satisfaisante à partir du moment où il n'est plus possible de fermer les oreilles à l'appel des sens.

C'est un devoir de tout médecin que de souligner les conséquences possibles de la continence dans la jeunesse, conséquences qui sont la « rouille » de la sexualité, son reflux vers des activités infantiles et perverses, les névroses.

Ne sont-ils pas les plus tragiques ces cas où des hommes âgés de 35, 40, voire 50 et 60 ans atteints de troubles très graves de leur psychisme, névrosés, abandonnés et solitaires, dégoûtés de la vie, vont consulter les médecins pour solliciter leurs avis?

Il y a des auteurs qui pensent que la continence est plus saine que les maladies vénériennes. Mais ils oublient que la prédisposition à l'ascétisme prolongé est déjà par elle-même un symptôme morbide, le signe d'un refoulement assez complet de l'exigence sexuelle consciente et qu'elle finit toujours tôt ou tard par porter atteinte à la vie amoureuse et à l'activité générale; c'est un fait d'expérience : l'imposer à la jeunesse.

c'est semer le germe d'une névrose plus ou moins tardive, c'est pour le moins diminuer la joie de vivre et les aptitudes de l'individu. Et du point de vue psychique il est douteux que l'ascétisme soit plus sain que les maladies vénériennes. On peut guérir de ces dernières quand on se fait traiter convenablement. Par contre, les modifications pathologiques du caractère engendrées par une vie continente ne peuvent être corrigées complètement que dans des cas très rares. Il n'est d'ailleurs pas question de nier la quantité et la gravité des maladies vénériennes. Mais on a l'habitude de s'en servir comme d'un épouvantail, comme d'un moyen propre à réaliser le refoulement sexuel. D'autre part, l'alternative ne se pose pas sous cette forme impérative : continence ou maladies vénériennes. Il est en effet possible d'éviter ces dernières en n'ayant de relations qu'avec une partenaire aimée, connue, et non avec des prostituées.

LE RAPPORT SEXUEL DES PUBÈRES

1° Tout d'abord le jeune doit surmonter une foule d'obstacles intérieurs : ceux que représente tout le système de l'éducation antisexuelle. La sexualité ou bien n'est pas libre, ou bien est troublée, ou bien encore est déviée, consciemment ou inconsciemment, vers l'homosexualité. Donc, du seul point de vue de ses conditions intérieures, le jeune n'est pas à la hauteur des exigences posées par les relations génitales hétérosexuelles.

2° La maturité sexuelle biologique peut être psychiquement entravée, ou bien l'infantilisme psychique, le fait de conserver dans la famille une place d'enfant, le fait de rester un enfant dans les relations avec les parents a créé une dissociation entre la maturité physique et la maturité psychique.

3° Au tabou sexuel, qui pèse lourdement sur la sexualité juvénile, s'ajoutent encore non seulement le manque de toute assistance sociale, mais encore les obstacles les plus divers dressés sciemment afin d'empêcher la pratique de l'acte sexuel, à savoir :

a) L'opposition active à un enseignement pratique et réel concernant les problèmes de la sexualité des pubères. L'éducation sexuelle d'aujourd'hui est une demi-mesure qui ne fait qu'engendrer la confusion; elle s'engage en effet dans une voie qui exige de la logique et n'ose pas la suivre jusqu'à ses ultimes conséquences. L'explication exclusivement biologique de la vie sexuelle n'est qu'une manœuvre destinée à voiler le fond des choses. Du point de vue psychique, il importe peu au pubère de savoir que l'ovule et le spermatozoïde s'unissent pour former le « mystère » de l'excitation sexuelle contre laquelle il lutte désespérément. Mais quel argument aurait-on pour détourner le jeune des rapports sexuels si on lui apprenait la vérité, c'est-à-dire qu'il est désormais mûr pour l'acte sexuel et que ses inquiétudes et ses difficultés sont engendrées par la sexualité pressante et insatisfaite ?

Ainsi l'éducation sexuelle ne fait que lui apporter des difficultés encore plus grandes.

Il est clair que, sans solution soigneusement préparée du problème de l'éducation sexuelle infantine, sans solution du problème des moyens anticonceptionnels et du logement, toute intervention officielle en faveur des rapports des jeunes serait inefficace.

Peut-être comprend-on mieux maintenant l'insuffisance, la timidité et l'inconséquence de l'éducation sexuelle telle qu'elle est pratiquée actuellement. Elle est caractérisée par les traits suivants : elle arrive toujours trop tard, elle est pleine de mystères et glisse sur l'essentiel.

Nous sommes de l'avis de tous ceux qui préconisent que dans les cas particuliers, après une analyse soigneuse de la situation sociale, psychologique et économique du sujet, non seulement on n'interdira pas, mais on recommandera les relations sexuelles à l'adolescent *apte à les pratiquer*. Mais l'aide individuelle et la mesure sociale sont des choses différentes. Socialement les enfants continuant à être élevés en vue de l'ascétisme, socialement on continue à persuader les adolescents qu'ils doivent observer la continence ou que l'onanisme peut les apaiser en attendant l'honnête mariage.

Que cherche-t-on en refusant aux enfants ou si l'on veut, aux adolescents, une explication sur la vie sexuelle? On craint peut-être réveiller prématurément leur intérêt pour ces choses, avant qu'il ne naisse spon-

tanément en eux ? On cherche, avec un semblable silence à enchaîner l'instinct sexuel jusqu'au moment où il soit possible de le diriger sur les sentiers que la société actuelle considère comme licites ? On suppose peut-être que les enfants ne montreront aucun intérêt aux faits et aux énigmes de la vie sexuelle si l'on n'attire pas leur attention vers eux ? On croit sans doute que la connaissance qu'on leur refuse ne leur sera pas apportée par d'autres voies ? Ou est-ce qu'on veut réellement que plus tard ils considèrent tout ce qui est sexuel comme quelque chose d'ignoble et méprisable ?

On ne voit vraiment pas, dans tous ces propos, où réside le motif qui fait cacher aux enfants, comme systématiquement on le fait, tout ce qui se rapporte à la vie sexuelle.

Un grand penseur et philanthrope, Multatuli, nous dit qu'on agit avec bon sens en essayant de conserver pure l'imagination des enfants. Mais que l'ignorance n'est pas le meilleur moyen pour y réussir. Tout au contraire en leur cachant ces choses on fait que les enfants se doutent de la vérité bien avant de la connaître.

La curiosité nous pousse à nous occuper de choses qui ne nous auraient que peu intéressées, si on nous les avait apprises franchement et simplement.

S'il était possible de maintenir l'enfant dans une ignorance absolue, peut-être pourrait-on admettre cette façon d'agir ; mais le jeune sujet apprend par d'autres personnes, lit dans les livres qui tombent

entre ses mains, des choses qui l'invitent à méditer et précisément la dissimulation que ses parents et éducateurs observent à leur égard, augmente son grand désir de savoir.

Ce désir, partiellement et secrètement satisfait, échauffe et pervertit sa fantaisie et l'enfant commence déjà à « pécher » au moment même où ses parents s'imaginent sincèrement qu'il ignore encore ce qu'est le péché.

Freud se trouve en parfait accord avec tout ceci et il ajoute qu'on croit couramment que l'enfant est dépourvu de tout instinct sexuel par le fait qu'il n'apparaît qu'à la puberté, avec la maturité des organes sexuels. C'est là une erreur lourde de conséquences puisque nous lui devons l'ignorance où nous sommes des conditions fondamentales de la vie sexuelle.

Si on approfondissait les manifestations sexuelles de l'enfant on découvrirait les traits essentiels de l'instinct sexuel; on comprendrait l'évolution de cet instinct et on verrait comment il puise à des sources diverses. Il paraît certain que l'enfant apporte à sa naissance des germes de mouvements sexuels qui, pendant un certain temps, évoluent puis subissent une régression progressive interrompue à son tour par des poussées régulières de développement ou arrêtée par suite des particularités de l'individu. On ne peut rien dire de certain sur la régularité et la périodicité des oscillations de ce développement, mais il semble bien que la vie sexuelle de l'enfant, vers la troisième ou

quatrième année, se manifeste déjà sous une forme qui la rend accessible à l'observation. La sexualité infantile ne connaît pas encore d'objet sexuel, elle est auto-érotique et son but est déterminé par l'activité d'une zone érogène.

D'un autre côté, l'enfant est capable de la plupart des fonctions psychiques de la vie érotique (tendresse, jalousie) longtemps avant d'atteindre la puberté; et la fréquente union de ces états psychiques avec des sensations somatiques d'excitation sexuelle, révèle à l'enfant le rapport intime des deux phénomènes.

L'enfant apparaît donc comme parfaitement apte à la vie érotique (exception faite de la reproduction) longtemps avant la puberté et on peut affirmer qu'en lui cachant systématiquement tout ce qui est sexuel, on n'aboutit qu'à lui enlever la capacité de dominer intellectuellement des fonctions pour lesquelles il possède déjà une préparation psychique et une disposition somatique. L'intérêt intellectuel de l'enfant pour les énigmes de la vie sexuelle, le problème de la différence des sexes, se manifeste aussi à une époque extraordinairement précoce.

Quand le petit garçon et la petite fille découvrent ce qui les distingue l'un de l'autre, il convient qu'on laisse entendre au premier qu'il ne risque pas de devenir pareil à la seconde, et à la seconde qu'un minime détail physique ne la rend pas inférieure au premier. Il faut donc que l'un et l'autre soient élevés avec la conviction tacite que la différence constatée est une

différence de nature (et non de plus ou de moins) et qu'à chacun revient de ce fait une utilité sociale différente mais égale dont il est permis à tous deux d'être également fiers.

Le second grave problème qui se pose à l'enfant quelques années plus tard, est celui de l'origine des enfants suscité généralement par l'apparition indésirable d'un petit frère ou d'une petite sœur. Les réponses habituelles qu'on leur donne blessent l'honnête instinct d'investigation de l'enfant, évinçant pour la première fois sa confiance en ses parents. A partir de ce moment il commencera à se méfier des adultes et à leur cacher ses pensées les plus intimes. Il ne semble pas qu'il existe une raison valable pour refuser aux enfants l'explication demandée par leur grand désir de savoir. En général, lorsque les enfants se voient refuser les explications qu'ils demandent aux adultes, de tels problèmes continuent à les tourmenter en secret et ils construisent des tentatives de solution où la vérité soupçonnée apparaît mélangée à des erreurs grotesques, ils se communiquent entre eux leurs « découvertes » par lesquelles le sentiment de culpabilité du jeune investigateur imprime à la vie sexuelle un sceau de répugnance et de prohibition.

La pratique générale de cacher aux enfants, le plus longtemps possible, toute connaissance sexuelle, pour leur accorder après, avec des phrases ampoulées et solennelles, une demi-explication, qui arrive toujours trop tard, est de toute évidence équivoque. Une

des choses les plus importantes, c'est que les enfants ne s'imaginent pas que parmi tout ce qu'ils n'arrivent pas à comprendre encore, c'est précisément les faits de la vie sexuelle qu'on leur cache avec le plus grand soin. Pour atteindre ce but, il faut que ce qui est sexuel soit traité, en principe, de la même façon que n'importe quel ordre de choses dignes d'être sues. A l'école, il ne faut pas que le conférencier fasse preuve de la moindre gêne ou d'une réserve désapprouvatrice à l'égard de la sexualité : il doit parler sans détours; en outre, l'intérêt brûlant manifesté par les auditeurs ne se révèle que quand on fait poser des questions par écrit. La pudeur individuelle est ainsi sauvegardée et, après une conférence ainsi menée, il ne se trouve que peu de jeunes qui ne posent pas de questions. Un tel enseignement doit être pratiqué par degrés, à l'école primaire ou à la maison et ne doit être interrompu à aucune époque. Ainsi par exemple, l'explication des caractéristiques vraiment humaines de la vie sexuelle et de sa signification sociale, pourrait être donnée vers les 9 ou 10 ans; et c'est vers les 13 à 14 ans, lorsque l'enfant est déjà au courant de la question somatique, qu'on devrait lui apprendre les obligations morales liées à l'exercice de l'instinct. Si dans d'autres pays, surtout dans nos pays de l'Amérique Ibérique, on remplaçait le catéchisme par un traité élémentaire des droits et devoirs des citoyens, comme la France l'a réalisé, on ferait un grand pas dans le progrès de l'éducation de la jeunesse.

Mais cette instruction élémentaire serait lamentablement incomplète si elle n'inclut pas ce qui se rapporte à la vie sexuelle. Ceci est la grande lacune vers laquelle doivent tendre tous les efforts des pédagogues et des réformateurs, pour la faire disparaître.

Dans les pays qui ont abandonné l'éducation de la jeunesse entre les mains des ordres religieux, la question ne se pose évidemment pas. Le prêtre n'admettra jamais l'égalité essentielle entre l'homme et l'animal car il ne peut pas renoncer à la notion de l'âme immortelle qui lui est nécessaire pour pouvoir fonder en elle sa morale. On démontre par là combien il est sot de mettre une pièce neuve à un complet déchiré et combien il est impossible de mener à bonne fin une réforme isolée *sans transformer les bases du système.*

CONCLUSIONS

I. — L'intersexualité dans l'espèce humaine est un phénomène réel et excessivement fréquent. Aucun homme actuellement ne saura plus s'enorgueillir de son sexe comme d'une perfection. La complète différenciation sexuelle est encore rare et aura inévitablement comme point de départ une zone préliminaire de bisexualité.

II. — La détermination du sexe n'est pas un phénomène endocrinien mais chromosomal; le rôle que jouent dans ce processus les glandes endocrines est un rôle protecteur; l'organisme constamment bisexué à l'origine se développe dans la prédominance normale de l'un des deux sexes ou dans l'anormale équivalence totale ou partielle des deux, selon la qualité de la pre-

mière impulsion et selon l'action protectrice du système endocrinien gonadal et extra-gonadal.

III. — Les caractères sexuels sont les mêmes chez l'homme que chez la femme sauf certaines différences de quantité et de rythme. Ils ne sont pas dus, comme on le prétend, à une même excitation hormonale ni à des façons différentes de réagir que possède le soma en face de la même hormone. L'hypothétique hormone ambosexuelle n'est pas encore découverte et ne le sera jamais. Les deux hormones sont différentes même si elles peuvent provoquer des phénomènes principalement fonctionnels communs, et surtout l'existence de la libido.

IV. — L'évolution de la sexualité chez chaque individu, se vérifie toujours du sens féminin vers le sens masculin et il faut admettre qu'aussi bien l'organisme de l'homme que celui de la femme, subissent d'une façon massive l'influence des deux sexualités; la féminine d'abord, la masculine ensuite. La différence consiste en ce que chez l'homme, l'influence féminine très brève et à peine marquée disparaît lorsque la puberté disparaît pour permettre le splendide développement de la virilité, tandis que chez la femme la phase première, la féminine, comprend le long et énergique développement qui s'étend jusqu'après sa maturité pour ne voir apparaître la phase terminale, virile, que dans les courtes années climatiques et cela d'une façon à peine ébauchée.

V. — Il apparaît donc comme démontré que le sexe est une valeur en permanente évolution; non pas comme un simple cycle d'ascension maturité et décadence comme les autres fonctions végétatives, mais dans le sens d'un progrès depuis la phase féminine, intermédiaire entre l'adolescence et la virilité, vers la phase virile qui est la terminale.

VI. — L'intersexualité pubérale est un phénomène épisodique normal chez les garçons. Dans certains cas elle peut atteindre des proportions pathologiques.

VII. — L'adiposité eunuchoïde prépubérale, syndrome intersexuel très fréquent, évolue dans des cas très rares d'une façon anormale. Dans l'immense majorité des cas cette évolution se fait vers une virilité parfaite et il arrive même qu'elle se fasse dans un sens d'hypervirilisation comme si la tendance normale réprimée, voulait compenser par une réaction violente la langueur primitive. Quant à l'instinct, il peut aussi devenir normal mais cette catégorie d'individus fournit un grand contingent de limides ou d'invertis.

VIII. — La gynécomastie constitue une autre forme caractéristique d'intersexualité pubérale chez les garçons mais beaucoup moins fréquente que l'adiposité à laquelle elle s'associe souvent. D'autres fois la gynécomastie apparaît isolée sans autre manifestation de féminité; elle n'atteint dans la plupart des cas qu'un degré de développement discret et reste d'habitude inaperçue; presque toujours elle est passagère.

IX. — Le traitement de ces deux syndromes d'intersexualité pubérale peut réussir dans quelques cas, en faisant appel à l'opothérapie testiculaire ou ovarienne ou aux greffes testiculaires, mais ces deux thérapeutiques sont inopérantes lorsque les conditions sexuelles sont déjà fixées depuis longtemps. L'efficacité de ces procédés doit être expérimentée pendant ou immédiatement après les années pubérales. Heureusement on n'a pas épuisé les ressources de la thérapeutique lorsque l'efficacité relative des greffes et des opothérapies testiculaire et ovarienne ne donnent plus rien. Pratiquement, le régime alimentaire et les opothérapies non spécifiques : l'hypophysaire, la cortico-surrénale et surtout la thyroïdienne offrent des possibilités extraordinaires.

X. — Les états intersexuels de la puberté mettant les jeunes garçons dans une position intermédiaire entre infantile et féminine font naître chez lui le complexe d'infériorité sexuelle qui associe pour toujours au réflexe érotique un sentiment de timidité où par la suite peut s'implanter l'homosexualité.

XI. — La timidité sexuelle comporte deux mécanismes. Dans un premier cas, on a peur de la femme par la certitude que l'on a de sa propre infériorité vis-à-vis d'elle. Ce complexe d'infériorité peut avoir ses origines dans des défauts réels et permanents du domaine sexuel; soit dans des défauts d'ordre esthétique comme la laideur; dans des défauts physiques

comme certaines maladies de la peau ou autres, soit, enfin, dans des défauts transitoires qui ont laissé malgré tout dans la conscience le sentiment d'infériorité : c'est précisément le cas de l'intersexualité pubérale. Cette catégorie de timides, excessivement fréquente, comporte des hommes capables sexuellement, mais dont l'instinct se trouve inhibé par l'impression d'infériorité qui a pesé sur eux pendant les années d'intersexualité pubérale.

La seconde forme de timidité est due à une surdifférenciation de l'instinct; on craint la femme parce qu'on a peur de ne pas trouver chez elle l'idéal féminin, idéal qui presque toujours se trouve associé à l'image maternelle ou à des personnes pouvant la substituer.

XII. — L'homosexualité comporte elle aussi deux catégories. Dans la première on comprendra tous les cas d'homosexualité résultant de l'action simultanée des trois facteurs étiologiques suivants : la bisexualité de l'organisme (facteur chromosomal), les sécrétions internes (facteur endocrinien) et le facteur psychologique qui prend chez l'homme une importance qui ne doit pas rester méconnue.

A la seconde catégorie appartiennent les formes fausses d'homosexualité et qu'il importe de séparer des formes véritables. Elles prennent naissance grâce à un complexe homosexuel créé à la faveur de l'intersexualité pubérale qui met le jeune homme à la merci

des séductions de personnes anormales précisément à cause de sa morphologie équivoque, androgynoïde. Il est fréquent que ces enfants, atteints d'intersexualité pubérale et homosexuelle par séduction acquièrent plus tard une libido normale, hétérosexuelle, soit pure, soit avec quelques singularités comme par exemple la timidité ou la tendance donjuanesque.

XIII. — Le moment de la puberté, phase équivoque durant laquelle s'engendrent ou se précisent la plupart des perversions sexuelles chez l'homme, doit retenir toute l'attention de l'éducateur qui devra tendre à développer, de bonne heure, les tendances viriles du garçon. Lui faire occuper au foyer la place qui lui correspond biologiquement. L'élever au milieu de camarades de son âge et d'enfants du sexe contraire et qu'il apprenne, dès ses débuts, à ne pas considérer l'amour comme l'attitude obligatoire à prendre devant une femme et à ne pas le confondre avec l'amitié et la camaraderie.

XIV. — Quand la conduite psychosexuelle de l'enfant est douteuse, éviter les camaraderies de l'internat. Dès que sa curiosité sexuelle commence à s'éveiller, il faut lui répondre à toutes ses questions avec tact, mais avec la plus grande franchise, de telle façon que le sexe ne soit pas pour lui un mystère hérissé de péchés et de dangers et sa virilité un mythe héroïque. Enfin dans les cas particuliers, après une

analyse soigneuse de la situation sociale, psychologique et économique du sujet, non seulement on n'interdira pas, mais on recommandera les relations sexuelles à l'adolescent apte à les pratiquer.

Vu : le Doyen,
TIFFENEAU

Vu : le Président de la thèse,
H. CLAUDE

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
C. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ADLER. — Le tempérament nerveux.
- BERGE (André). — L'enfant devant le problème sexuel (In *Problèmes de la sexualité*. « Présences »).
- BRHUA, SAINTON, SIMONET. — Endocrinologie.
- BLOCH. — La vida sexual contemporánea (Edition Espagnole, Madrid, 1926).
- CAULLERY. — Les problèmes de la sexualité.
- COLLET. — Pathologie interne.
- CHAMPY. — Sexualité et hormones.
- DUGAS. — La timidité.
- DUGAS. — Les grands timides.
- ELLIS (Havellock). — L'inversion sexuelle.
- ENGELS (Fr.). — Origine de la famille, de la Propriété privée et de l'Etat.
- FREUD. — Trois essais sur la théorie de la sexualité.
- FREUD. — Ma vie et la psychanalyse.
- FREUD. — Un souvenir d'enfance de Leonard de Vinci.
- FREUD. — Psicología de la vida erótica (*Obras completas*, Edition espagnole, volume XIII).

- FIESSINGER. — Endocrinologie.
- FIESSINGER. — Physio-pathologie des syndromes endocriniens.
- GIDE (André). — Corydon.
- GLEY. — Résumé de ses œuvres dans « Les grands problèmes de l'endocrinologie ».
- HEDON. — Physiologie.
- HESNARD. — Traité de sexologie.
- HEINE (Maurice). — Confessions et observations psycho-sexuelles.
- HIRSCHFELD (Magnus). — Le corps et l'amour.
- JUARROS (César). — Normas de educación sexual y física.
- MARANON (Gregorio). — L'évolution de la sexualité et les états intersexuels.
- MARANON (Gregorio). — Nouvelle conception sur l'évolution de la sexualité.
- MARANON (Gregorio). — Amiel.
- MARANON (Gregorio). — Estudio sobre Enrique IV de Castilla y su tiempo.
- MARANON (Gregorio). — Le problème des sexes.
- MARANON (Gregorio). — Educación sexual y diferenciación sexual (*La Clinica*, t. II, Buenos-Aires, 1927, N° 4-5).
- NACHT (S.). — Pathologie de la vie amoureuse.
- PENDE. — Endocrinologie.
- PEZARD. — Résumé de ses œuvres dans « Caractères sexuels secondaires », dans « Traité de physiologie normale et pathologique » de ROGER et BINET.
- REICH. — La crise sexuelle.

TABLE DES MATIERES

CHAPITRE	I ^{er} . — L'intersexualité et l'évolution de la sexualité dans l'espèce humaine..	9
—	II. — L'intersexualité pubérale	31
—	III. — Adiposité et hypogénitalisme transitoire	33
—	IV. — Gynécomastie	41
—	V. — Traitement des états adiposiques et hypogénitaux et de la gynécomastie pubérale	45
—	VI. — Altérations psychiques	49
—	VII. — Timidité sexuelle. - Ses mécanismes	53
—	VIII. — L'Homosexualité	67
—	IX. — Influence pédagogique et morale de la puberté	87
CONCLUSIONS		105
BIBLIOGRAPHIE		113

